

Dermatite Peri-anal Estreptocócica na Criança

FERNANDA RODRIGUES, MANUEL SALGADO, LUÍS LEMOS

Serviço de Urgência
Hospital Pediátrico de Coimbra

Resumo

A dermatite peri-anal causada pelo estreptococo β -hemolítico do grupo A (E β GA), embora com um quadro clínico bem definido, continua a não ser reconhecida ou a sê-lo tardiamente, com a sintomatologia a persistir durante semanas a meses. Se diagnosticada precocemente o quadro clínico é habitualmente discreto mas quando o diagnóstico é tardio poderá instalar-se dor na defecação, obstipação, incontinência, rectorragia, levar à realização de exames invasivos ou mesmo à suspeita de abuso sexual.

O diagnóstico clínico é confirmado pela positividade do teste rápido para pesquisa de antígenos do E β GA e/ou cultura do exsudato peri-anal.

Os autores apresentam 5 casos, discutindo alguns destes aspectos.

Palavra-Chave: Dermatite peri-anal, criança, estreptococo β -hemolítico do grupo A

Summary

Perianal Streptococcal Dermatitis in Children

Although with a well-defined clinical picture, perianal group A β -hemolytic streptococcus (GAS) disease continues to be under recognized and the diagnosis missed or delayed, with symptoms persisting for weeks to months. The disease is usually mild if diagnosed early but later can result in significant problems with local pain, stool retention, constipation, faecal incontinence, bloody stools and can lead to invasive procedures or accusations of sexual abuse.

Correspondência: Fernanda Rodrigues
Serviço de Urgência
Hospital Pediátrico de Coimbra
Av. Bissaya Barreto
3000-075 Coimbra
Tel: 239 480 359
E-mail: frodrigues@hpc.chc.min-saude.pt

Clinical diagnosis is confirmed by the positivity of a rapid *Streptococcus pyogenes* antigen test and/or perianal culture.

The authors present 5 cases, discussing these aspects.

Key-Words: perianal dermatitis, children, group A β -haemolytic streptococcus

Introdução

A dermatite peri-anal causada pelo estreptococo β -hemolítico do grupo A (E β GA), embora descrita há mais de 30 anos e com um quadro clínico bem definido, caracterizado por eritema peri-anal (podendo também atingir a vulva ou o pénis) com bordos bem definidos, prurido, dor local e à defecação, por vezes dejectões com sangue ou secreções mucopurulentas, fissuras anais, com ausência de febre ou outra sintomatologia sistémica⁽¹⁻⁹⁾, continua a não ser reconhecida ou a sê-lo tardiamente, com a sintomatologia a persistir durante meses^(2-4,7,8). Uma das razões para este atraso no diagnóstico poderá ser a presença de sinais e sintomas comuns a outras entidades tais como candidíase, infecção parasitária ou doença inflamatória intestinal^(2,3,8). Se diagnosticada precocemente, o quadro clínico é habitualmente discreto mas quando o diagnóstico é tardio poderá instalar-se obstipação, incontinência, levar à realização de exames invasivos ou mesmo à suspeita de abuso sexual.

O diagnóstico é confirmado pelo teste rápido para pesquisa de antígenos do E β GA e/ou cultura do exsudato peri-anal.

Atinge predominantemente crianças dos 6 meses aos 10 anos⁽³⁾, sendo raramente descrita no adulto^(3,4,6,7), e é mais frequente no sexo masculino^(4,7).

A epidemiologia e modo de transmissão não estão ainda bem esclarecidos^(2,3,6,7).

Apresentam-se em seguida 5 casos, que ilustram alguns dos problemas antes evocados.

Casos Clínicos

Caso 1

Gabriel, 3 anos, previamente saudável e sem infecções respiratórias ou cutâneas recentes, foi enviado para observação pela Medicina Legal, por suspeita de abuso sexual. A carta acompanhante referia que "... desde há 2 meses as educadoras notam sangue na fralda, resistência/atitudes de defesa na mudança da mesma. Hoje ... sangue na região peri-anal. Verifica-se existência de lesões anais e peri-anais sangrantes (várias fissuras)". Os pais confirmavam que desde há cerca de 2 meses notavam rubor peri-anal, dor local e prurido, por vezes dejecções com sangue e modificação do seu padrão passando a ser duras e não diárias. Tinham já sido efectuados tratamentos tópicos (Hallibut®, ...), sem melhoria. Ao exame objectivo apresentava bom aspecto geral, eritema peri-anal bem delimitado, múltiplas fissuras sem lesões no pénis e ausência de lesões cutâneas sugestivas de maus tratos. O restante exame era normal. Foi colocada a hipótese de se tratar de dermatite peri-anal estreptocócica. Efectuou teste rápido peri-anal para pesquisa de antígenos do EβHGA que foi positivo. Iniciou tratamento com amoxicilina 50mg/kg/dia que cumpriu durante 10 dias. A evolução clínica foi boa pelo que não foi repetida investigação bacteriológica.

A observação da equipa da Medicina Legal não confirmou a suspeita inicial.

Caso 2

Susete, 9 anos, previamente saudável e sem infecções respiratórias ou cutâneas recentes, foi enviada por lesões cutâneas no tronco e membros. Desde há cerca de 1 mês que apresentava rubor peri-anal e vulvar com prurido muito discreto, por vezes com leucorreia e exsudato peri-anal purulento, dor à defecação e dejecções duras por vezes com sangue. Em observações médicas tinha sido diagnosticada candidíase e prescrito antifúngico sem melhoria. Na última semana tinha associado lesões cutâneas descamativas dispersas, de predomínio no tronco e membros, não pruriginosas. Ao exame objectivo apresentava bom aspecto geral, eritema peri-anal bem delimitado, múltiplas fissuras, eritema vulvar e múltiplas lesões cutâneas pequenas, dispersas pelo corpo, em gota, descamativas. O restante exame era normal. Foi colocada a hipótese de se tratar de uma dermatite peri-anal estreptocócica e psoríase guttata. O teste rápido peri-anal para pesquisa de antígenos do EβHGA foi positivo e na cultura foi isolado *S. pyogenes*. Foi iniciado tratamento com amoxicilina 50mg/kg/dia e corticoide tópico para as lesões cutâneas do tronco e membros. Reavaliada ao 10º dia de tratamento havia melhoria, mas ainda apresentava lesões peri-anais e assistia-se a novo surto de lesões cutâneas.

Repetiu cultura do exsudato peri-anal tendo sido novamente isolado *S. pyogenes*. Iniciou então Amoxicilina+ácido clavulânico 50mg/kg/dia. Houve desaparecimento de todas as lesões e a cultura do exsudato peri-anal efectuada no final do tratamento, foi negativa

Casos 3 e 4

Tiago, 6 anos, foi observado em Consulta Externa de Medicina para controlo de asma e o irmão, Pedro de 4 anos, acompanhou-o na mesma consulta. Não havia história de infecções respiratórias ou cutâneas recentes. Não tinham casa de banho e usavam, para defecar, um balde.

Desde há cerca de 15 dias que o primeiro referia dor à defecação e o segundo apresentava rubor peri-anal e prurido. Ao exame objectivo apresentavam bom aspecto geral, eritema peri-anal bem delimitado, múltiplas fissuras, sem lesões no pénis, orofaringe sem alterações e ausência de outras lesões cutâneas.

Nas culturas do exsudato peri-anal isolou-se *S. pyogenes*, em ambos. A cultura do exsudato da orofaringe foi positiva no primeiro caso bem como na mãe, que não tinha queixas. Cumpriam 10 dias de tratamento com amoxicilina 50mg/kg/dia, com melhoria clínica e culturas subsequentes negativas.

Caso 5

Vasco, 2.5 anos, foi enviado à consulta de pediatria geral por obstipação, dor à defecação e rectorragia intermitente, com início cerca de 18 meses antes. As fezes eram moldadas com cíbalas iniciais. Pelo eritema peri-anal e pela recusa em defecar foi a variadas consultas tanto no Centro de Saúde como na urgência hospitalar, sendo medicado com diversas "pomadas" e lactulose, sem melhoria.

Os antecedentes pessoais eram irrelevantes. O exame objectivo mostrava como única alteração um eritema peri-anal em círculo, de limites bem definidos, com raio de cerca de 3 cm, sem fissuras. O toque rectal mostrou um esfíncter hipertónico e ampola rectal preenchida de fezes. Era negado abuso sexual. Foi medicado com lactulose e aconselhada dieta mais rica em fibras.

Nos controlos realizados 2 e 4 meses depois mantinha as mesmas queixas assim como o referido eritema peri-anal. Foi então evocado o diagnóstico de dermatite peri-anal e colhidas secreções para pesquisa de antígenos do *S. pyogenes*, que foi negativa. Na cultura veio a desenvolver-se *S. pyogenes* (resistente aos macrólidos).

Foi medicado com amoxicilina que fez durante 14 dias e manteve as medidas iniciais, com lactulose e dieta rica em fibra. Três semanas depois mantinha ainda um ligeiro eritema peri-anal, mas francamente melhorado. Repetiu cultura que foi negativa. Manteve dificuldade em defecar durante mais 2 meses mas com melhoria progressiva. Três meses depois estava assintomático e com exame normal.

Discussão

Os casos descritos confirmam que a dermatite peri-anal estreptocócica é frequentemente subdiagnosticada ou diagnosticada tardiamente. O não conhecimento desta entidade e o facto de se evocarem primeiro outros diagnósticos (bem ilustrado por 3 dos casos descritos), com instituição de outras terapêuticas, poderão ser algumas das explicações. No entanto, também por vezes as queixas iniciais não são valorizadas pelos pais, como aconteceu no caso dos dois irmãos observados em consulta de rotina para controlo de asma. Num estudo efectuado nos EUA, o eritema peri-anal e/ou vulvovaginal, universalmente presente, era mencionado pelos pais em menos de metade dos casos⁽⁴⁾. De facto, a intensidade do mesmo varia de doente para doente, desde intenso e bem demarcado a discreto, rodeando por completo o ânus^(1,3,4).

Além de casos isolados, estão descritos também surtos comunitários, particularmente em infantários^(2,6) e intrafamiliares⁽³⁾. O tipo T28 tem sido o mais frequentemente encontrado^(4,6). Especula-se que a via de transmissão poderá ser a utilização comum de casas de banho,⁽²⁻⁴⁾ ou autoinoculação a partir da orofaringe⁽⁴⁾.

A psoríase guttata pode ser desencadeada pela infecção estreptocócica^(4,8,9). Foi demonstrada reactividade cruzada entre antígenos do E β GA e componentes da pele por partilha de epitópos⁽⁸⁾. Assim, em crianças com psoríase guttata, deve procurar-se sempre um foco de infecção estreptocócica.

Como referido anteriormente o diagnóstico clínico confirma-se pela realização de teste rápido para pesquisa de antígenos do E β GA no exsudato peri-anal, muito útil pela rapidez do resultado mas, deve ser tido em atenção que a sua sensibilidade é de 80 a 90%⁽¹⁰⁾. O diagnóstico definitivo é feito pela cultura. Num dos nossos casos a pesquisa de antígenos do E β GA foi negativa, sendo apenas confirmado pela cultura.

Sendo o E β GA o germen envolvido, na impossibilidade de ter penicilina oral disponível no país, o tratamento de escolha deverá ser amoxicilina, 50mg/kg/dia. Apesar de não se conhecerem, no mundo, E β GA resistentes a penicilina⁽¹¹⁾, há alguns casos de falência desta terapêutica na dermatite peri-anal estreptocócica^(5,6). Especula-se que os germes locais, produtores de beta-lactamases, poderão inibir a acção da penicilina, protegendo o E β GA⁽⁶⁾. A alternativa será a utilização de amoxicilina+ácido clavulânico, nas mesmas doses. A duração do tratamento deverá ser de 7 a 10 dias^(5,6,8). A terapêutica com eritromicina também tem sido mencionada. Todavia, em Portugal, o elevado nível de resistência do *S. pyogenes* a este antibiótico, impede a sua utilização na primeira linha^(11,13,14).

Em conclusão, apesar de ter um quadro clínico bem definido, a dermatite peri-anal estreptocócica ainda é sub-

diagnosticada ou diagnosticada tardiamente. Os Pediatras e Médicos de Família deverão pensar nesta entidade se existirem sinais ou sintomas peri-anais e/ou psoríase guttata.

Bibliografia

1. Salgado M, Alegria A. Dermatite estreptocócica perianal. *Saúde Infantil* 1991; 13: 135-7
2. Saxén H, Muotiala A, Vuopio-Varkila J. Outbreak of perianal *Streptococcus pyogenes* infection in a day-care center. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 247-9
3. Barzilai A, Choen H-A. Isolation of group A Streptococci from children with perianal cellulitis and from their siblings. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 358-60
4. Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliot JA. Perianal Group A Streptococcal Disease in a Pediatric Practice. *Pediatrics* 2000; 106: 276-81
5. Peltola H. Bacterial Perianal Dermatitis. *Lancet* 2000; 342: 1877
6. Petersen JP, Kaltoft M, Misfeldt JC, Schumacher H, Schonheyder HC. Community outbreak of perianal group A streptococcal infection in Denmark. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22: 105-9
7. Puga JMG, Marcos, AG. Enfermedad perianal estreptocócica. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 647-8
8. Honig PJ. Guttate psoriasis associated with perianal streptococcal disease. *J Pediatr* 1988; 113: 1037-39
9. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal Streptococcal Dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanoposthitis: a study of five cases. *Pediatr Dermatol* 1994; 11: 168-71
10. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH; Infectious Diseases Society of America. Practice Guidelines for the Diagnoses and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 113-25
11. Melo-Cristino J, Serrano N e Grupo Português de Bactérias Patogénicas Respiratórias. Estudo Viriato: Actualização de dados de susceptibilidade aos antimicrobianos de bactérias responsáveis por infecções respiratórias adquiridas na comunidade em Portugal em 2001 e 2002. *Rev Port Pneumol* 2003; IX: 293-310
12. Tanz RR, Shulman ST, Sroka PA, Marubio S, Brook I, Yogev R. Lack of influence of beta-lactamase-producing flora on recovery of group A streptococci after treatment of acute pharyngitis. *Pediatrics* 1990; 117: 859-63.
13. Melo Cristino J, Fernando ML and Portuguese surveillance group for the study of respiratory pathogens. *Streptococcus pyogenes* isolated in Portugal: Macrolide resistance phenotype and correlation with T types. *Microb Drugs Resist* 1999; 5: 219-25
14. Melo Cristino J, Fernandes ML, Serrano N e Grupo Português de Bactérias Patogénicas Respiratórias. Susceptibilidades aos antimicrobianos do *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Moraxella catarrhalis* de infecções respiratórias adquiridas na comunidade em 2000. *Acta Med Port* 2001; 14: 459-468