

FASCEÍTE NECROSANTE EM CRIANÇA COM VARICELA: RELATO DE CASO

Necrotizing Fasciitis in a child with chickenpox: a Report of Case

Jeanne Viana de Oliveira¹, Luciana da Costa Prola² e Vera Lúcia Batista³

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de fascíte necrosante em uma criança acometida por varicela.

Descrição: Relato descritivo. Lactente de 15 meses, atendido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital da rede pública estadual. Foi submetido à ventilação mecânica devido à insuficiência respiratória aguda e a antibioticoterapia de amplo espectro, bem como limpeza cirúrgica, com melhora das lesões, mas sem resposta sistêmica satisfatória.

Comentários: Na vigência de varicela acompanhada de sintomas tais como febre, taquicardia e leucocitose associada com lesão eritematosa, indurada e dolorosa após o início da infecção viral; é recomendada intervenção cirúrgica imediata. Apesar do risco de uma intervenção cirúrgica desnecessária, a elevada morbimortalidade associada ao retardo do tratamento cirúrgico justifica a exploração precoce.

Palavras-chave: fascíte necrosante; complicações pós-varicela; fascíte necrosante.

ABSTRACT

Objective: Relate a necrotizing fasciitis case in a child assaulted by chickenpox.

Description: Descriptive report. A 15 month-old male infant was assisted in an intensive pediatric therapeutic unit of a public state hospital. Patient had been submitted to mechanical respiratory ventilation due to sharp respiratory inadequacy and wide spectrum antibiotic therapy, as well as surgical cleanliness, resulting in lesions improvement, however without satisfactory systemic answer.

Comments: Chickenpox validity in children that present symptoms, such as, fever, tachycardia and leucocytosis in association with lesion erythematous, hard and painful after beginning of viral infection; it is recommended immediate surgical intervention. It points out that, although risk of an unnecessary surgical intervention, the elevated morbimortality associate to delay of surgical treatment justifies the precocious exploration.

Keywords: necrotizing fasciitis; post-chickenpox complications.

INTRODUÇÃO

A varicela é causada pelo *Herpesvirus varicella* ou vírus da varicela zoster. As primeiras manifestações são "rush", evoluindo para máculas que imediatamente se transformam em vesículas, normalmente acompanhadas de febre e outros sinais e sintomas de natureza infecciosa. Sua transmissão pode ser pela via respiratória ou por contato íntimo/pessoal com a pele da pessoa infectada. As complicações mais frequentes da varicela decorrem de superinfecções bacterianas, sendo a fascíte necrosante uma grave

complicação por infecção da pele e tecido celular subcutâneo.¹

A fascíte necrosante é doença rara e potencialmente fatal. A lesão se caracteriza por necrose destruição do tecido. O processo inicia-se na fáscia, espalhando-se ao longo da mesma e atingindo os tecidos vizinhos até atingir a pele. Seu sinal característico é alteração escurecida da pele, começando como pequenas áreas violáceas de bordos irregulares, tornando a aparência de *peau d'orange* bastante característica^{2,3}. Acomete predominantemente adulto, sendo relativamente rara em crianças. Apresenta curso fulminante com alta taxa de mortalidade. Cerca da metade

1. Médica residente do programa de especialização de Pediatria do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

2. Médica residente do programa de especialização de Pediatria do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

3. Médica pediatra, Neonatologista e professora da Universidade Federal do Amazonas.

dos casos confirmados de fasceite necrosante ocorre em pacientes com varicela.² Os agentes etiológicos são geralmente encontrados em combinação sinérgica de bactérias Gram (+), Gram (-) e anaeróbias. Entre os Gram (+) mais comuns encontram-se o *Streptococcus pyogenes* A e B e o *Staphylococcus aureus*. As bactérias Gram (-) mais encontradas são os Lactobacilos e difteroides. Quanto aos agentes anaeróbios, os Bacteróides, Peptostreptococos e Clostridium são os mais frequentes.¹

É recomendada antibioticoterapia de amplo espectro e intervenção cirúrgica imediata para crianças com varicela que apresentem sintomas que incluem febre, taquicardia e leucocitose em associação com lesão eritematosa, indurada e dolorosa, durante dois ou três dias depois do início da infecção viral. Salienta-se que, apesar do risco de uma intervenção cirúrgica desnecessária, a elevada morbimortalidade associada ao retardo do tratamento cirúrgico justifica a exploração precoce.³ A antibioticoterapia deve ser iniciada empiricamente: com largo espectro de ação (Gram positivos, gram negativos e anaeróbios), sendo adequada após o resultado da cultura de secreções identificar os agentes etiológicos.²

Combinações de penicilinas resistentes e aminoglicosídeos como a gentamicina ou cefalosporinas de terceira geração são tratamentos de escolha. Clindamicina, cloranfenicol ou cefoxitin são recomendáveis para *B. fragilis* quando são encontrados. A clindamicina também pode ser usada quando o agente etiológico for o *streptococcus* do grupo A β -hemolítico, já que a penicilina tem uma eficácia inferior a esta droga.¹ O prognóstico pode ser bastante favorável quando o tratamento é iniciado precocemente e feito de maneira adequada. Porém, alguns casos podem evoluir para sepsis e posteriormente à falência de múltiplos órgãos, sendo esta a principal causa de óbito dos pacientes.⁴

RELATO DO CASO

Lactente de um ano e três meses, do sexo masculino, de cor branca, previamente hígido, com quadro evolutivo de 2 semanas, veio encaminhado do Hospital Municipal de Presidente Figueiredo, com história de estar apresentado febre e lesões vesiculosas por todo tegumento, que posteriormente evoluíram para crostas, sendo

admitido no serviço de urgência do Hospital Infantil "Dr. João Lúcio Machado", devido sinais de toxemia e por não apresentar melhora da febre.

Dois dias após a internação, evoluiu com edema em membros inferiores, queda do estado geral, febre e taquidispnéia, sendo internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP do Hospital Infantil Dr Fajardo.

Apresentava-se em regular estado geral, taquidispnéico (acima de 40 inspirações por minuto), febril, com edema de membros inferiores, de bolsa escrotal e de face, lesões crostosas sem pústula, disseminadas pelo corpo. Além de região endurecida, eritematosa e dolorosa em seguimento posterior da coxa direita e região dorsal da mão e antebraço direito.



Figura 1 - lesões crostosas disseminadas.

Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose (média 15.000 cel/mm³), plaquetopenia (média 30.000), distúrbio de coagulação (média do tempo de atividade da protrombina - TAP 40%), hipalbuminemia (média 2,5g/dl), hipocalcemia (média 0,95 mg/dl) e anemia (média Hematócrito = 30% e Hemoglobina = 8g/dl), sem alteração da função renal e sorologias para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e hepatite (TORCH) negativas. A radiografia de tórax mostrava infiltrado do tipo alveolar no terço superior de hemitórax esquerdo. Foram realizados curativos com solução fisiológica a 0,9% e antibioticoterapia de amplo espectro (clindamicina e ceftriaxona por 13 dias).

No final da primeira semana de internação houve piora do padrão respiratório com intensa taquipnéia e dispnéia, diminuição da complacência pulmonar, radiografia de tórax com



Figura 2 - lesões necróticas em Membro Superior.

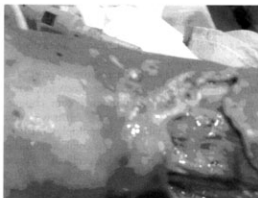


Figura 3 - exposição da musculatura Direito.

condensações alveolares difusas e heterogêneas, hipoxemia refratária a elevadas concentrações de O_2 mostrando deterioração pulmonar (requerendo ventilação mecânica com pressão expiratória positiva final - PEEP), sendo caracterizado pulmão de SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda). Foi trocado o esquema de antibiótico para ciprofloxacina e oxacilina por 3 dias.

Devido à evolução do quadro infeccioso em parte posterior da coxa esquerda ter progredido com eritema importante da pele circunjacente, associada a edema tecidual importante foi solicitado parecer médico da clínica cirúrgica e constatado o diagnóstico de fascíte necrosante, somente no nono dia de internação. Foi realizado desbridamento com remoção de área extensa de necrose gordurosa, de fásia e músculo, além de limpeza cirúrgica.

Apresentou melhora das lesões da pele nos dias subsequentes, porém devido ao comprometimento pulmonar importante, evoluiu para óbito após o 13º dia de internação.

DISCUSSÃO

A fascíte necrosante é infecção bacteriana severa que se espalha através dos planos fasciais superficiais. É uma patologia rara e que predominantemente atinge os membros, abdome e perineo. Tendo em vista que a maioria dos casos está na faixa etária abaixo dos 40 anos, e que a ocorrência em crianças é pouco frequente, o caso relatado torna-se ainda mais peculiar.

Recentemente, discute-se a existência de síndrome de toxicidade, semelhante ao choque, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, germe encontrado neste caso, responsável por evolução

rápida e grande parte das vezes fatal por falência de múltiplos órgãos⁸. Apesar do resultado da hemocultura realizada ter sido de um agente comum da flora da pele (*Stafilococcus epidermidis*), provavelmente, por contaminação na hora da coleta, tendo em vista as múltiplas lesões da pele, a evolução clínica do caso, sugeriu possível infecção pelo agente etiológico mais comum da fascíte necrosante, no caso o *Streptococcus*.

Os fatores predinentes incluem as seguintes condições: doenças crônicas (doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal e diabetes mellitus), abuso de álcool, condições imunossupressoras (uso de corticosteróides sistêmicos, doenças do colágeno, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, transplantes de órgãos sólidos e doenças malignas em tratamento), uso de drogas endovenosas, cirurgias, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e de decúbito, psoríase, contato com pessoas infectadas por *Streptococcus* e traumas cutâneos penetrantes e fechados ou até mínimos.^{9,10}

Mais recentemente, muitos casos relatados na literatura sugerem a associação de fascíte necrosante com uso de antiinflamatórios não esteroideais. Entre as hipóteses estão a indução de depressão da função linfocitária, como também a linfopenia, contribuindo para sépsis em pacientes que sofreram apenas pequenos traumas.¹¹

Os achados laboratoriais incluem a diminuição da contagem dos glóbulos brancos, com predominância de granulócitos imaturos. Trombocitopenia, hipocalcemia e hipalbuminemia também são frequentemente observados. Pode haver aumento da creatinina sérica e da creatinina-quinase.¹² O paciente apresentou desde do início do quadro plaquetopenia importante,

hipoalbuminemia e alteração do tempo de atividade da protrombina (TAP).

As complicações que podem advir desta doença são variadas. Aproximadamente metade dos pacientes com fascíte necrosante apresenta a síndrome do choque tóxico estreptocócico, que é uma condição aguda, fulminante com choque, trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada e/ou falência de múltiplos órgãos.¹¹ Caracteristicamente, a infecção começa com dor local severa e sintomas não específicos.¹¹ Assim como outras complicações potenciais são a insuficiência renal aguda, coagulopatia, alterações hepáticas e síndrome da angústia respiratória aguda, quadro compatível com a evolução do paciente.

Por ser um processo rapidamente progressivo, que mata de 30 a 60% dos pacientes em um prazo médio de 72 a 96 horas¹¹, o diagnóstico clínico da fascíte necrosante deve ser rápido para que o tratamento adequado seja instituído prontamente, evitando-se, assim, um pior prognóstico para o paciente. O tratamento está baseado no extenso debridamento da área acometida, retirando-se todos os pontos de necrose tecidual encontrados.²

Concluimos, portanto, que a fascíte necrosante é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fascia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade se não tratada precocemente, podendo evoluir para septicemia e óbito do paciente. Portanto, o pediatra deve estar atento para a existência dessa patologia, cujo principal diagnóstico diferencial é a celulite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FEIGIN, J. & CHERRY, M. - Textbook of *Pediatric Infectious Diseases*. Sauderes, 2 : 1769 - 1771, 1: 749 - 751, 1999.
2. COSTA, I.M.C., CABRAL, A., COSTA, M.C. - Fascíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. Na. Bras. Dermatol. Vol. 79 nº 2. Rio de Janeiro Mar/Apr., 2004.
3. HSIECH W.S., YANG P.H., CHAO H.C. & LAI J.Y. Neonatal necrotizing fasciitis: a report of three cases and review of the literature. *Pediatrics*; 103(4):e53, 1999.
4. MOSS R.L., MUSEMECHE C.A. & KOLOSKE A.M. Necrotizing fasciitis in children: prompt recognition and aggressive therapy

improve survival. *J Pediatr Surg*; 31(8):1142-6, 1996.

5. MIRA, J.G.S., MOCELLIN, M., GUEDES, C.P. - Fascíte necrotizante cervical em criança. *Revista brasileira de Otorrinolaringologia*, Vol. 63, Ed. 1, 1997.
6. WALDHAUSEN J.H. & HOLTERMAN M.J.. Sawin RS. Surgical implications of necrotizing fasciitis in children with chickenpox. *J. Pediatr. Surg*; 31(8):1138-41, 1996.
7. FINK S., CHAUDHURI T.K. & DAVIS H.H. Necrotizing fasciitis and malpractice claims. *South Med J*; 92 (98): 770-4, 1999.
8. STEVENS D.L. Streptococcal toxic Shock syndrome associated with necrotizing fasciitis. *Annu Rev Med*; 51:271-88, 2000.
9. KAUL R., McGEER, A., LOW, D.E., et al. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. *Am J Med*; 103:18-24, 1997.
10. HILL M.K. & SANDERS C.V. Infections in critical care II. *Critical Care Clinics*; 14(2):251-62, 1998.
11. BILTON B.D., ZIBARI, B.D., McMILLAN, R.W., et al. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: a retrospective study. *Am Surg*; 64(5):397-400, 1998.
12. MICHAEL E.P. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. *Pediatrics in Review*; 19(9):291-32, 1998.
13. MELENEY, F. L. - Hemolytic *Streptococcus* Gangrene. *Arch Surg*, 9: 317-364, 1924.
14. SCOTT, P.M.J., DHILLON, R.S., McDONALD, P.J. - Cervical Necrotizing Fasciitis and Tonsillitis. *J Laryngol Otol*, 108:435-7, 1994.
15. PELED, M., RUBIN, A., LAUFER, D. - Cervical Necrotizing Fasciitis. *Harefuah*, 126 (11): 651-4, 1994.

Correspondência para:

Jeanne Viana de Oliveira
Endereço: Av. Efigênio Sales, 2226, Cond.
Greenwood Park, Quadra I, casa 16, Aleixo.
Manaus-AM
Telefones: (92) 3642-2317 / 9994-3465
e-mail: oliveirajeanne@ig.com.br