

ESCARLATINA E HEPATITE COLESTÁTICA EM CRIANÇA - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

SCARLET FEVER AND CHOLESTATIC HEPATITIS IN CHILDREN - CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

LETICIA RAMOS SOARES¹, ROGÉRIO SAINT-CLAIR PIMENTEL MAFRA^{2*}

1.Residente de Pediatria do Hospital Infantil São Camilo- Belo Horizonte 2.Cirurgião Geral e Urologista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Mestre e doutor em medicina e biomedicina pelo IEP – Santa Casa de Belo Horizonte. Pós Doutorando em medicina e biomedicina pelo IEP – Santa Casa de Belo Horizonte. Assistente do serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Professor Titular da Faculdade de Medicina FAMINAS-BH. Pesquisador do CNPq.

* Hospital Santa Casa de Belo Horizonte: Avenida Francisco Sales 1111, MG, Brasil. CEP 30150-223 rogerioscm@yahoo.com.br

Recebido em 29/09/2017. Aceito para publicação em 30/10/2017

RESUMO

O relato de caso descreve a evolução do quadro clínico de um paciente de 9 anos de idade com diagnóstico de escarlatina em associação à hepatite colestatística. A correlação é uma situação de raridade significativa, se manifestando com evolução favorável após tratamento suportivo e uso de penicilina benzatina para erradicação de estreptococo. A importância do conhecimento dessa forma atípica de manifestação da escarlatina e da evolução com bom prognóstico na maioria dos casos, orienta melhor a condução clínica do quadro pelos médicos, muitas vezes evitando intervenções desnecessárias e invasivas.

PALAVRAS-CHAVE: Escarlatina, hepatite colestatística, Estreptococos e Streptococcus

ABSTRACT

This case report describes clinical evolution of a 9-year-old patient diagnosed with scarlet fever associated with cholestatic hepatitis. The correlation is a situation of significant rarity, manifesting with favorable evolution after clinical treatment and benzathine penicillin use for streptococcus eradication. It is important to know scarlet fever atypical form manifestation and progress, with good prognosis in most cases, helps clinical decision by doctors, avoiding unnecessary and invasive interventions.

KEYWORDS: Scarlet fever, cholestasis hepatitis, Streptococci and Streptococcus.

1. INTRODUÇÃO

A escarlatina é uma doença infecciosa aguda causada pelo estreptococo β hemolítico do grupo A, produtor de

toxina pirogênica¹. É característico o rash craniocaudal em aspecto de lixa, além de sinais de Filatov (palidez perioral), Pastia (lesões acentuadas nas dobras cutâneas), descamação da pele em placas e língua de framboesa¹. A doença ocorre mais frequentemente associada à faringite e, ocasionalmente, aos impetigos, atualmente a forma toxêmica grave é pouco comum¹.

Pode ocorrer em qualquer idade, mais frequente em escolares entre 5 e 18 anos, sendo rara no lactente, provavelmente devido à transferência de anticorpos maternos contra a toxina eritrogênica. Acomete igualmente ambos os sexos^{1,2}.

É uma doença infecciosa bacteriana com prognóstico favorável na maioria dos casos. Apresenta como complicação rara a hepatite colestatística².

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho traz o relato de caso de uma criança com escarlatina associada a hepatite colestatística; para a revisão da literatura foram buscados artigos científicos nas bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “escarlatina”, “hepatite colestatística”, “Scarlet fever”, “cholestasis hepatitis”, “streptococcus”, “estreptococos” e “streptococci”. Foram selecionados artigos no período de 1936 até 2017, devido a raridade da afecção e por haver poucos trabalhos sobre o assunto.

3. RELATO DE CASO

Paciente de 9 anos de idade é admitido no Serviço de urgência com quadro de vômitos, dor abdominal, icterícia, desidratação e febre (pico febril máximo de 39,5 graus)

de evolução há três dias prévios a admissão, associado prostração e hiporexia. Evoluiu com rash cutâneo difuso pelo corpo no segundo dia de evolução da doença, de característica puntiforme confluyente, áspero ao tato, com progressão crânio-caudal e palidez perioral, associado a língua em framboesa e amigdalite. Houve ainda positividade de swab amigdaliano para estreptococo beta hemolítico do grupo A. Confirmado o diagnóstico de escarlatina e realizado tratamento com penicilina benzatina 1200000 unidades intramuscular.

Solicitado exames laboratoriais para investigação de icterícia, sendo identificado aumento de enzimas hepáticas, bilirrubinas e transaminases. Ultrassonografia de abdome identificou lama biliar, sendo internado na mesma data para seguimento do quadro.

Realizado hidratação venosa durante internação, uso de anti heméticos e analgesia, evoluindo com melhora clínica da hidratação e do estado geral, com queda dos níveis de transaminases, bilirrubinas e enzimas canaliculares. Indicado alta médica com acompanhamento ambulatorial, evoluindo com normalização dos exames prévios.

4. DISCUSSÃO

As complicações precoces de escarlatina ocorrem na primeira semana da doença e incluem otite, sinusite, pneumonia, meningite, entre outros. Já as complicações tardias podem ocorrer uma a três semanas após início da doença, as principais são febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda³.

A hepatite como complicação da escarlatina é rara, com prevalência ainda não determinada^{4,5}. Apresenta mais probabilidade de ocorrência em adultos, sendo ainda mais rara na infância^{6,7}.

A fisiopatologia da hepatite em pacientes com escarlatina ainda não é bem conhecida, podendo ter relação com medicação autoimune e toxicidade direta do estreptococo. Estudos anteriores identificaram biópsia de fígado com infiltração granulocítica das áreas portal e degeneração hepatocítica durante evolução do quadro, porém com evoluções clínicas favoráveis, bom prognóstico e resolução espontânea⁸.

5. CONCLUSÃO

A importância deste trabalho se baseia em estabelecer a raridade de associação entre escarlatina e hepatite, a fim de orientar os médicos a conhecer a correlação entre essas afecções, apesar de haver ainda poucos estudos sobre a associação. A escarlatina é uma doença com prognóstico bom na maioria dos casos, mas pode evoluir com complicações importantes, incluindo hepatite.

A hepatite nesta associação, na maioria dos casos, tem recuperação espontânea após introduzir tratamento

suportivo de hidratação e analgesia.

REFERÊNCIAS

- [01] Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood--infectious (direct) exanthems. Part 1: Classic exanthems. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009; 7(4):309-16.
- [02] Beaudoin M, Saint-Louis G, Delorme J. Hepatitis and scarlet fever in a young adult. *Union Med Can.* 1982; 111:367.
- [03] Cunningham MW. Pathogenesis of group A streptococcal infections. *Clin Microbiol Rev.* 2000; 13:470-511. 10.1128/CMR.13.3.470-511.2000
- [04] Gutierrez Junquera C, Escudero Canto MC, Ruiz Cano R, Cuartero delPozo I, Gil Pons E. Cholestatic hepatitis as initial manifestation of scarlet fever. *An Pediatr (Barc)* 2003; 59:193-194.
- [05] Gomez-Carrasco JA, Lassaletta A, Ruano D. Acute hepatitis may form part of scarlet fever. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60:382-383.
- [06] Robbins E, De Man M, Schurgers M, Boelaert J, Lameire N. Systemic complications of streptococcal scarlet fever: two case reports and a review of the literature. *Acta Clin Belg.* 1986; 41:311-318.
- [07] Girisch M, Heininger U. Scarlet fever associated with hepatitis - A report of two cases. *Infection.* 2000;28:251-253.
- [08] Brody H, Smith LW. The visceral pathology in scarlet fever and the related streptococcus infections. *Am J Pathol.* 1936; 12:373-399.