

Desafio diagnóstico de lesões dermatológicas em pediatria

Diagnosis challenge of dermatological lesions in pediatrics

Tainá Maia Cardoso¹, Gustavo de Brito Paulon Silva²

Escolar de 8 anos, sexo masculino, refere início de lesões vesiculares e dolorosas há três dias, inicialmente em região cervical posterior à esquerda, difundindo-se para região de orelha externa e bochechas do mesmo lado figura 1. Nega febre. Nega demais sintomas associados. Qual é o diagnóstico?

Infecção causada pelo herpes simples.

a) Dermatite de contato.

b) Impetigo.

c) Infecção causada pelo Coxsackie.

d) Infecção causada pelo herpes Zoster



Figura 1. A. Inserir descrição; B. Inserir descrição; C. Inserir descrição.

Dada a importância do diagnóstico e instituição precoces do tratamento diante de lesões dermatológicas em pediatria, o caso traz um tema de grande valor em uma faixa etária em geral pouco acometida e sem fatores de risco associados. O paciente em questão havia passado por um atendimento prévio em que não houve a suspeita clínica, o que favoreceu o retardo do início do tratamento adequado, com disseminação das lesões. Na ocasião havia sido prescrita cefalexina oral (50mg/kg/dia), utilizada pelo paciente por um dia. O mesmo não possuía antecedentes prévios de internações ou uso de medicamentos de uso contínuo. O escolar evoluiu bem clinicamente após a suspensão do antibiótico prévio e a prescrição de aciclovir (1.500mg/m²/dia) por 10 dias, com remissão total das lesões.

Herpes Zoster (HZ) é uma afecção rara na infância. Vários estudos apontam para uma incidência que varia de 0,2 a 0,74 casos por 1.000 pessoas/ano em crianças menores de dez anos, em comparação com 4,5 casos por 1.000 pessoas/ano em adultos com mais de 75 anos¹. No entanto, a incidência é maior em crianças imunocomprometidas, tais como as portadoras de doenças autoimunes, HIV, transplantadas ou que fazem uso de medicamentos imunossupressores, ou que tenham história de traumas locais². A transmissão ocorre pelo contato de secreções da orofaringe e com o fluido de lesões cutâneas de indivíduos infectados, seja por contato direto ou por disseminação aérea. O período de incubação varia entre 10 a 21 dias. A doença clínica primária pode ser prevenida através da imunização com a vacina do vírus vivo atenuado³.

¹ Residente de Pediatria do Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade .

² Médico Rotina da Emergência Pediátrica do Complexo Hospitalar de Niterói.

Endereço para correspondência:

Tainá Maia Cardoso.

Hospital Universitário Antônio Pedro. Rua Marquês de Paraná, nº 303, Centro, Niterói - RJ. Brasil. CEP: 24033-900. E-mail: tainamaiacardoso@gmail.com

No lactente, o HZ está associado à varicela materna durante a gravidez ou, mais frequentemente, à exposição pós-natal no primeiro ano de vida⁴.

Clinicamente, HZ caracteriza-se por erupção cutânea vesicular unilateral, envolvendo um a três dermatômos correspondentes à raiz ganglionar dorsal infectada. O início da doença é precedido por dor, associada ou não a eritema. O exantema vesicular, que pode ser doloroso ou pruriginoso, posteriormente torna-se pustular e ulcerativo².

Geralmente, o diagnóstico é clínico, como no caso em questão. Nos casos duvidosos, o diagnóstico laboratorial, facilitado pela presença do vírus nas lesões cutâneas, é feito por cultura viral, detecção de antígenos virais por imunofluorescência ou por amplificação de ácidos nucleicos do vírus pela técnica de PCR⁵.

São diagnósticos diferenciais do herpes Zoster todas as lesões vesiculares que assumem o padrão de um dermatômo de forma unilateral. São exemplos desses diagnósticos, as lesões causadas por infecção pelo vírus herpes simples e pelo Coxsackie.

O aspecto cutâneo do HZ pode ser semelhante à dermatite de contato, mas esta geralmente se associa ao prurido e não à dor intensa e febre⁴.

A sobreinfecção cutânea é a complicação mais frequente do HZ, manifestando-se geralmente sob a forma de impetigo causado por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*⁵.

O início precoce do tratamento, antes de 72 horas de evolução da doença, contribui para a diminuição na formação de vesículas, resolução mais rápida das lesões e melhora do

desconforto, dor e sensação de queimadura⁴. O tratamento pode ser realizado por via oral com aciclovir, valaciclovir ou famciclovir. Todos têm perfil de segurança semelhante. O aciclovir geralmente é o fármaco de eleição na idade pediátrica pelo seu melhor custo-benefício, sendo o aciclovir venoso recomendado para pacientes com risco elevado de adquirir a forma disseminada da doença, imunocomprometidos hospitalizados e na presença de complicações associadas.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues V, Gouveia C, Brito MJ. Herpes Zoster na infância. Acta Pediatr Port [Internet]. 2010; [citado 2021 Jul 03]; 41(3):138-40. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/4362>
2. Albrecht MA, Levin MJ. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster. UpToDate [Internet]. 2021 Jan; [acesso em 2021 Fev 14]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-zoster>
3. Liborio Neto AO. Herpes Zoster en escolar inmunocompetente: el diagnóstico controvertido de la pediatría. Rev Argent Dermatol [Internet]. 2018 Set; [citado 2021 Jul 3]; 99(3):81-90. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2018000300081&lng=es
4. Carrusca C, Machado R, Albuquerque C, Cunha F. Herpes Zoster como primeira manifestação de infecção por vírus Varicela-Zoster numa criança saudável. Rev Nascercrescer [Internet]. 2016 Mar; [citado 2021 Jul 12]; 25(1):38-41. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/download/8828/6368>
5. Couto BAC, Rodrigues LC, Tavares NV, Lima GT, Souza TVC, Teixeira MB, et al. Uma breve revisão literária sobre herpes zoster na faixa pediátrica com ênfase para as manifestações em imunossuprimidos. Braz J Hea Rev [Internet]. 2020 Dez; [citado 2021 Jul 04]; 3(6):19123-34. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/21939/17509>