

VARICELA COMPLICADA POR CELULITE PERIORBITÁRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

CHICKENPOX COMPLICATED BY PERIORBITAL CELLULITIS IN A PEDIATRIC PATIENT

Raíssa Lopes Giacomini ^{1a}

Braian Rodrigues Campos ¹

Luiza Lima Oliveira ¹

Marisa Assis Almeida ¹

Roberto Navarro Rocha ¹

Cristiane Ferrari Vieira ²

¹ Discente do curso de Medicina da FAGOC

² Docente do curso de Medicina da FAGOC

^a raissa.l.g.11@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A varicela é uma enfermidade infecciosa frequente na idade pediátrica. Considera-se como uma doença de curso benigno e autolimitada, entretanto pode apresentar complicações graves como a celulite periorbitária (CPO) e orbitária. **Objetivo:** Relatar um caso de varicela que evolui com celulite periorbitária. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 1 ano e 10 meses, há 55 dias apresentou lesões vésicocrostosas em toda a extensão corpórea, sendo predominante em face, além de prurido intenso. Três dias após o aparecimento de tais vesículas, o paciente apresentou edema de face, bem como outros sinais flogísticos: febre aferida (39,0°C), dor avaliada por choro estridente ao toque, calor e rubor, com evolução para celulite periorbitária. A casuística em questão apresenta uma forma pouco comum da progressão da varicela. **Conclusão:** A celulite periorbitária deve ser lembrada como uma das complicações da varicela, que contribui satisfatoriamente para manifestações clínicas variadas. Diagnóstico

e tratamento precoce tendem a diminuir a mortalidade da doença.

Palavras-chave: Celulite. Doença exantemática. Infância.

ABSTRACT

Introduction: Chickenpox is a common infectious disease in children. It is considered a disease of benign and self-limiting course; however, it can present serious complications such as periorbital (PCO) and orbital cellulitis. **Objective:** To report a case of chickenpox that evolves with periorbital cellulitis. **Case Report:** A male patient, 1 year and 10 months, 55 days ago presented with vesicococcus lesions throughout the body extension, being predominant in the face, besides intense itching. Three days after the appearance of such vesicles, the patient presented facial edema, as well as other phlogistic signs: verified fever (39.0°C), pain assessed by strident crying to the touch, heat and flushing, with evolution to periorbital cellulitis. The sample in question presents an unusual form of chickenpox progression. **Conclusion:** Periorbital cellulitis should be remembered as one of the complications of chickenpox, which contributes satisfactorily to various clinical manifestations. Early diagnosis and treatment tend to decrease the mortality of the disease.

Keywords: Cellulite. Exanthematic disease. Childhood.



INTRODUÇÃO

A varicela é uma doença exantemática causada pela primoinfecção de um vírus da família Herpesviridae^{1,2}. Trata-se de uma enfermidade altamente contagiosa e muito frequente na infância, geralmente benigna e autolimitada, com duração de quatro a sete dias, cuja transmissão se dá por meio do contato direto com as lesões ou através das gotículas respiratórias e período de incubação compreendido entre 10 a 21 dias³.

A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, caracterizado pelo exantema generalizado maculo pápulo vesicular que evolui para crosta, acompanhadas de prurido e comumente encontradas no couro cabeludo, face e tronco, podendo, inclusive, alcançar as mucosas, além de apresentarem sintomas de hipertermia, astenia, anorexia e cefaleia³.

Em recém-nascidos, crianças e adolescentes que apresentam imunossupressão, doenças crônicas cutâneas ou pulmonares estão mais susceptíveis a desenvolver complicações decorrentes do próprio vírus ou das infecções bacterianas secundárias⁴. Dentre essas complicações, podemos citar impetigo, abscesso, celulite, fascíte necrotizante, pneumonia, síndrome do choque tóxico e sepse⁵.

As celulites periorbitária (CPO) e orbitária (CO) são manifestações no tecido celular cutâneo e subcutâneo que ocorrem através da penetração bacteriana na barreira cutânea⁶. Comumente encontradas em idade pediátrica, devem ser distinguidas, pois apresentam consequências clínicas variadas⁷. A incidência anual varia de 200 casos a cada 100.000 pacientes⁸. Os agentes etiológicos mais prevalentes são: *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*⁶.

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de varicela que evolui com celulite periorbitária em um paciente de idade pediátrica, a fim de alertar para o diagnóstico e o tratamento precoces, que são fundamentais para evitar complicações potencialmente graves.

RELATO DE CASO

TSF, 1 ano e 10 meses, masculino, branco, SUS. Mãe do paciente relata que há 55 dias ele apresentou lesões vesíco-croscostas em toda a extensão corpórea, sendo predominante em face, além de prurido intenso. Três dias após o aparecimento de tais vesículas, o paciente apresentou edema de face, bem como outros sinais flogísticos: febre aferida (39,0°C), dor avaliada por choro estridente ao toque, calor e rubor. Devido ao quadro, a mãe procurou por atendimento médico no pronto socorro do Hospital de Inhapim, onde ficou internado por 2 dias.

A conduta realizada no hospital de origem, segundo a mãe, foi a administração de antibiótico e dipirona, a qual não atenuou o quadro do paciente, o qual foi referenciado para internação no Hospital Santa Isabel (HSI), de Ubá-MG, já com quadro de febre (39,3°C), prostração e piora do edema em face caracterizado por secreção de material purulento. A conduta imediata no HSI foi a realização de tomografia computadorizada de crânio (Figura 2), que revelou celulite periorbitária, e a administração de oxacilina, ceftriaxone, dipirona e anti-histamínico. Após 6 dias, o paciente permaneceu com os mesmos sintomas, o que motivou a troca de esquema de antibiótico para vancomicina + meropenem (Figura 1). Após 2 dias, os sintomas diminuíram significativamente e foi realizada uma segunda tomografia de crânio (Figura 3), que evidenciou redução da celulite. A partir de então, houve melhora gradativa, e o antibiótico foi suspenso após 14 dias de tratamento; o paciente obteve alta após 21 dias de internação, com follow up no serviço de pediatria.

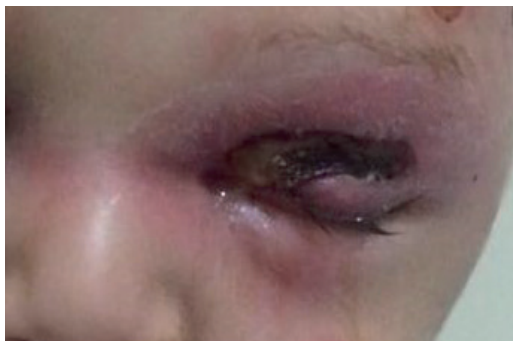


Figura 1: Paciente em 6º dia de internação. Imagem exibida sob autorização do responsável, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Carta Circular nº 166/2018 – CONEP/SECNS/MS.



Figura 2: Imagem de tomografia computadorizada de crânio demonstrando uma celulite periorbitária à esquerda, no dia 06/10/2017.



Figura 3: Imagem de tomografia computadorizada de crânio demonstrando uma celulite periorbitária à esquerda, no dia 13/10/2017.

DISCUSSÃO

A varicela é uma doença exantemática muito comum na infância e acomete normalmente

crianças com idade superior aos seis meses de vida, sendo que a maioria dos casos ocorre em crianças com menos de 10 anos de idade, no final do inverno e início da primavera⁹. Estudos de inquérito soro epidemiológico realizados no Brasil revelaram que, aos 5 anos, quase metade das crianças já foi infectada¹⁰. Tais informações vão ao encontro do que foi observado em nosso estudo, visto que o paciente se encontra dentro da faixa etária mais comumente acometida, bem como na estação do ano mais prevalente, segundo dados apresentados pelos autores.

Quanto à forma de transmissão, a varicela ocorre em maior proporção quando há a liberação de partículas respiratórias – assim como outras doenças exantemáticas da infância – e pode ser transmitida antes do aparecimento das lesões de pele. Ela também acontece através de lesões cutâneas ou secreções nasofaríngeas, assim como pelo contato direto com as lesões¹¹. Em nosso estudo, o paciente provavelmente não teve contato direto com lesão nem com partículas respiratórias de nenhuma pessoa infectada. O que corrobora essa hipótese é o fato de ele possuir um contato social ainda muito restrito, resumindo-se basicamente aos familiares – os quais não estavam infectados pela varicela – e por não frequentar creche escolar, local onde poderia haver algum caso de varicela, pela alta incidência desta em crianças com faixa etária menor que 10 anos. Logo, constata-se que houve uma discordância epidemiológica em relação à forma de transmissão citada pelos autores. Porém, apesar de ser muito baixa a probabilidade de exposição a gotículas respiratórias de uma pessoa infectada, conforme já descrito acima, foi essa a principal hipótese de via de transmissão do paciente.

A infecção pelo vírus herpes zoster consiste em erupção cutânea vesicular, cujos sintomas são precedidos por dor, associada ou não a eritema. O exantema vesicular pode ser doloroso ou pruriginoso, posteriormente torna-se pustular e ulcerativo, cicatriza e resolve espontaneamente em oito dias¹². Observou-se que a criança apresentou um choro constante estridente, que poderia ser decorrente de uma

dor intensa.

Devido ao aumento significativo da resistência bacteriana relacionada aos antibióticos e pela fragilidade imunológica dos lactentes, o quadro clínico pode ser mais grave, por isso necessita de intervenções precoces¹³. Por se tratar de um lactente, necessitou de intervenções prévias, além da troca por um antibiótico com maior espectro de ação.

Foram observados sinais, sintomas e exames complementares semelhantes, tais como, febre, prostração, elevação da proteína C reativa e tomografia computadorizada compatível com celulite e edema, de acordo com a literatura^{14,15}.

Em outro relato de varicela necrotizante em criança, a terapêutica inicial constituiu-se de aciclovir, oxacilina e clindamicina, substituídos por meropenem e cefepime e, posteriormente, por vancomicina e ciprofloxacino¹⁶. Há divergência com a conduta terapêutica realizada no presente caso, uma vez que foram administrados, inicialmente, oxacilina, ceftriaxone, dipirona e anti-histâmico; posteriormente, com a piora do quadro clínico, modificou-se para vancomicina e meropenem. Essa diferença na escolha do antibiótico provavelmente se deve a diferentes cepas bacterianas prevalentes em cada unidade hospitalar.

CONCLUSÃO

A celulite periorbitária deve ser lembrada como uma das complicações da varicela, que contribui satisfatoriamente para manifestações clínicas variadas. O caso relatado encontra-se em concordância epidemiológica em relação à faixa etária mais acometida e apresenta sinais, sintomas e exames complementares semelhantes aos de demais casos descritos na literatura. O relato exhibe a importância em estabelecer uma suspeita diagnóstica conforme o quadro clínico apresentado de edema facial, febre, prostração e secreção purulenta.

A evolução do quadro clínico, as complicações e a morbimortalidade são evitadas com o diagnóstico e o tratamento precoces.

Sendo assim, ressalta-se a importância de realizar uma boa anamnese, exame físico e exames complementares, como a tomografia computadorizada.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Não há.

FINANCIAMENTO:

Não há.

REFERÊNCIAS

- 1- Baxter R, Tran TN, Ray P, Lewis E, Fireman B, Black S, et al. Impact of vaccination on the epidemiology of varicella: 1995-2009. *Pediatrics*. 2014;134:24-30
- 2- Maia C, Fonseca J, Carvalho I, Santos H, Moreira D. Estudo Clínico-Epidemiológico da Infecção Complicada por Vírus Varicela-Zoster na Idade Pediátrica. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 2015 jna.;28(6):741-748.
- 3- Ratola A, Almeida A, Quaresma L, Flores MM, Nordeste A. Internamentos por varicela em pediatria – casuística de um Hospital Nível 2. *Nascer e Crescer- Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*. 2014;23(4):185-189.
- 4- Albrecht MA. Clinical features of varicella zoster virus infection: chickenpox. *UpToDate*. 2011 Maio.
- 5- Raulin O, Durand G, Gillet Y, Bes M, Lina G, Vandenesch F, et al. Toxin profiling of *Staphylococcus aureus* strains involved in varicella superinfection. *J Clin Microbiol*. 2010; 48:1696-1700.
- 6- Pires E. M. S. G. P. Celulite em crianças e adolescentes. *Soc. Beneficente Israelita Brasileira*. 2017 ago; versão 2.
- 7- Duro IP, Lemos C, Mendes G, Fernandes M, Teixeira C, Marques L, et al. Celulite da Região Orbitária – a Realidade de 10 anos de um Hospital Nível 3. *NASCER E CRESCER- Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 2016; 25 (supl.2).
- 8- McNamara DR, Tleyjey IM, Berbari EF, Lahr BD, Martinez J, Mirzoyev SA, et al., A predictive model of recurrent lower extremity cellulitis in a population-based cohort. *Arch Intern Med*, 2007; 709-15.
- 9- Neves C. Recomendações para vacinação contra a varicela. *Acta Pediatr Port*. 2009;40(4):185-8.
- 10- Marticelli R, Bricks LF. Varicella zoster in children

attending day care centers. Clinics. 2006.

11- Surto de varicela em creches e escolas da Direção Regional de Saúde XXII, junho de 2005. Rev. Saúde Pública, Agosto, 2005.

12- Rodrigues V, Gouveia C, Brito MJ. Herpes zoster na infância. Acta Pediatr Port, Lisboa, v. 3, n. 41, p.138-140, 20 maio 2010.

13- Bailey E, D Kroshinsky. Cellulitis: diagnosis and management. Dermatol Ther, 2011.

14- Ahn KH, Park YJ, Hong SC, Lee EH, Lee JS, Oh MJ, Kim HJ. Congenital varicella syndrome: A systematic review. J Obstet Gynaecol. 2016, Jul; 36(5):563-6.

15- Lemos CM, Del NS, Ricardo JB. Varicela perinatal. Einstein (São Paulo), mar, 2010;8(1):122-123.

16- Provitina CF, Obadia DA, Pelegrina PRD, Araujo PA, Freitas ALS, Rego JD, et al. Varicela Necrotizante: Relato de Caso- Revista de Pediatria SOPERJ, mar. 2015