



1º CONGRESSO SUL-AMERICANO, 2º CONGRESSO BRASILEIRO E 3º CONGRESSO PAULISTA DE
Urgências e Emergências Pediátricas
02 a 05 de maio de 2018 - Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo - SP

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome Da Pele Escaldada (Spe): Relato De Caso Em Um Serviço De Emergência Pediátrica Do Sus

Autores: TIAGO PEREZ LEITÃO MACIEL; LARISSA R.G.C.T. FLORES; GABRIELA C.N. FAUSTINO; GABRIELA T.S. CAVALCANTE; MARIA DASGRAÇAS M.F. DE SOUSA; MARÍLIA BARROSO DE SOUSA; RODOLFO MATHIAS B. CARDOSO; MAYARA MÔNICA B. DE MELO; JACK EMERSON B. VIANA; JÚLIA MATIDA M. SILVESTRE; BRUNNA C. O. SANTOS; BRUNA FREITAS CAVALCANTE

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome da Pele Escaldada (SPE) é uma piodermite causada pelo *Staphylococcus aureus* do grupo II. Suas exotoxinas, A e B, se ligam à zona granulosa e clivam superficialmente a epiderme (SOUZA et al, 2015), levando à perda da aderência celular, resultando em eritema, bolhas e desprendimento cutâneo (MISHRA, YADAV, MISHRA, 2016; SOUTOR, HORDINSKY, 2015). Relatamos o caso de R.S.T., masculino, 4 meses, 6,8Kg, procedente de Marechal Deodoro-AL, previamente hígido, em uso de corticoide e antitérmico. Chega à emergência dia 20.02.18 (manhã) com febre há 48h, eritema e descamação da pele (perioral, periorbicular e tronco) há 24h, sem acometimento de mucosas. Apresentando lesão bolhosa rota em flanco direito, hiperemia de faringe e sialorreia. Em aleitamento materno exclusivo, vacina atualizada e sem internamentos anteriores. OBJETIVO: Apresentar a importância do diagnóstico e tratamento adequado da SPE. METODOLOGIA: Relato de Caso e revisão de literatura sobre SPE em um paciente atendido em um serviço de Emergência Pediátrica do SUS e transferido para serviço de referência. A genitora autorizou o relato por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. RESULTADOS: No diagnóstico, foi suspenso o corticoide, iniciado Oxacilina, colhidos exames e transferido para enfermaria, sendo associado tobramicina colírio, analgésico e dieta. Evoluiu com piora nas 24h seguintes e melhora posterior. No 7º dia recebeu alta com Cefalexina por 7 dias e retorno ambulatorial agendado. O hemograma (leucocitose e plaquetose) e outros exames laboratoriais (ureia, creatinina, eletrólitos - normais; PCR e Hemocultura - não colhidas por falta de material) não foram determinantes para o diagnóstico e implementação da conduta correta. A evolução satisfatória foi fruto do diagnóstico clínico. CONCLUSÃO: A SPE, apesar de ter bom prognóstico, é uma doença potencialmente grave (2 a 3% de mortalidade), que acomete, principalmente, menores de 5 anos. O diagnóstico é clínico, mas podem ser feitos exames como biópsia e cultura para confirmação (SOUZA et al, 2015). Além disso, é importante diferenciar a SPE da Necrólise Epidermal Tóxica - alto risco de mortalidade (HABIF et al, 2012). O tratamento deve ser agressivo desde o início, com internamento hospitalar e antibióticoterapia venosa beta-lactamase resistente - por pelo menos 7 dias. Pode-se completar o esquema via oral por mais 7 dias ambulatorialmente. A cura é geralmente completa, e cicatrizes nos locais das lesões são comuns (PATEL, 2003).