



22º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**INFECTOLOGIA
PEDIÁTRICA**
17º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE
VACINAS
Curitiba-PR

**08 A 11 DE
NOVEMBRO**

Viasoft Experience
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza,
5300 - Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR



Trabalhos Científicos

Título: Escarlatina Grave Em Criança, Um Alerta Para A Infecção Por Staphylococcus Aureus: Relato De Caso

Autores: BEATRIZ COLLAÇO DE ARAÚJO (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), ANA JÚLIA CREDENDIO (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), BRUNO LOPES BRIDI (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), RAFAEL YANES RODRIGUES DA SILVA (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), LUIS FELIPE BATISTA HIAR (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), GABRIEL FRIZZO RAMOS (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), LUISA ZAGNE BRAZ (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), SAULO BRASIL DO COUTO (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN)

Resumo: Escarlatina é uma doença caracterizada por rash cutâneo micropapular descamativo, classicamente associada à liberação de endotoxinas do *Streptococcus pyogenes* em infecções de orofaringe e acomete escolares. Existem relatos na literatura da doença secundária à *Staphylococcus aureus*. Paciente masculino, 3 anos com histórico de amigdalites de repetição iniciou quadro de tosse e febre há 6 dias da internação, associado a vômitos, diarreia, prostração, hiporexia e coriza. No exame físico, estava eupneico, subfebril, com sibilos expiratórios, desconforto respiratório leve e hipertrofia de amígdalas. Foram realizadas medidas para broncoespasmo e coletado teste rápido para *S. pyogenes*, com resultado positivo. Radiografia de tórax evidenciou consolidação de lobo inferior direito, e foi tratado com 10 dias de amoxicilina 90 mg/kg/dia. Dez dias após, evoluiu com eritema não pruriginoso difuso escarlatiforme e recebeu dose de penicilina benzatina 600.000 UI. Após dois dias, evoluiu com febre até 39,5730°C, piora do exantema e prurido intenso. Exames laboratoriais evidenciaram urina com 54000 leucócitos, urocultura negativa, creatinina 0,4 mg/dL, TGO 624 U/L, TGP 553 U/L, fosfatase alcalina 444 U/L, gamaglutamiltransferase 288 U/L, bilirrubina total 1,3 mg/dL (1,1 mg/dL bilirrubina direta), plaquetas 437000, leucócitos 15400 (82,8% de neutrófilos), além de resultado negativo em strep test, painel de vírus respiratórios, hemocultura, pesquisa de rotavírus e adenovírus nas fezes e sorologia para hepatite A. Teve piora progressiva, com lesões hiperemiadas e descamativas em face, tronco e região de fralda, além de palidez perioral. Diante do quadro, devido suspeita de infecção estafilocócica, foi iniciado tratamento com oxacilina 200 mg/kg/dia. Após 72h paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta com cefalexina por 7 dias com melhora significativa do quadro. **DISCUSSÃO:** O paciente apresentou clínica compatível com escarlatina. Contudo, ao diagnóstico, já havia sido tratado com amoxicilina 90 mg/kg/dia por 10 dias. Dentre os critérios clínicos do CDC para síndrome do choque tóxico estafilocócico, apresentava febre, rash cutâneo, descamação e envolvimento multissistêmico (leucocitúria com urocultura negativa, alteração de função hepática e diarreia), com hemocultura negativa. A evolução clínica nos levou a suspeitar de *Staphylococcus aureus* como etiologia. **CONCLUSÃO:** Sugerimos a importância de se realizar testes etiológicos em quadros de escarlatina, como a pesquisa de estreptococo - especialmente em quadros com evolução mais grave. Apesar de pouco frequente na prática, a doença também pode ser causada pelo *Staphylococcus*, o que demanda antibioticoterapia específica.