

## Trabalhos Científicos

**Título:** Empiema Subdural Secundário A Pansinusopatia Por Streptococcus Intermedius Em Imunocompetente

**Autores:** ISABELA SOLERA NEVES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), VINICIUS RODRIGUES FERNANDES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), VICTOR CABELHO PASSARELLI (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), ILLANNE MAYARA DE OLIVEIRA (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), MARIANA BOLDRIN TRISTÃO GIBELLI (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), SUELEN HELENA DOS SANTOS (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), SILMARA DE BORTOLI (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), CARLO EMANUEL PETITO (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), MAYSA BONFLEUR ALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR)

**Resumo:** Empiemas intracranianos são infecções neurológicas graves e incomuns em pediatria, geralmente é complicação de infecções otorrinológicas, principalmente de sinusopatias. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado costuma resultar em bons desfechos. Microbiologicamente, as bactérias mais identificadas são estreptococos microaerofílicos como do grupo Streptococcus milleri group: S. anginosus ou S. intermedius, comuns à microbiota normal de trato respiratório superior. Reportamos o caso de um paciente do sexo masculino, 10 anos, internado em junho/23 com cefaleia (inicialmente frontal com progressão para holocraniana) há 20 dias associada a vômitos e febre por três dias. Paciente interna para investigação e no 2º dia de internação evolui com hemiparesia a direita, letargia e sonolência, sendo realizada coleta líquórica (celularidade e glicose normais e hiperproteínoorraquia) e neuroimagem com empiema subdural extenso associado a pansinusopatia etmoidal, maxilar e frontal. Com diagnóstico introduzida antibioticoterapia com ceftriaxone, vancomicina e metronidazol, 4 dias após internação paciente foi abordado conjuntamente por neurocirurgia e otorrinolaringologia com drenagem subdural e sinusectomia bilateral. Identificado Streptococcus intermedius multissensível em cultura de material obtido em sinusectomia, porém apesar da identificação foi mantida a antibioticoterapia inicial e programado tratamento endovenoso por 6 semanas. Paciente evoluiu afebril e com recuperação completa da hemiparesia inicial. Cerca de 20 dias após abordagem apresentou turvação visual, redução de campos visuais lateralmente, vertigem e vômitos, sem febre. Realizada nova RM de crânio com identificação de coleções extra-axiais supratentoriais à esquerda compatíveis com abscessos. No dia seguinte realizada nova drenagem neurocirúrgica com saída de 25ml de secreção purulenta e optado por escalonamento empírico de terapia para meropenem e linezolida. Paciente evoluiu com recuperação das alterações visuais, sem novos sintomas neurológicos e afebril. A contagem de tempo de tratamento foi reiniciada e recebeu 6 semanas de terapia endovenosa a partir da 2ª abordagem e sem novas coleções em controle radiológico com 4 semanas. A alta hospitalar ocorreu 10 semanas após internação sem quaisquer sequelas neurológicas. O ponto de alerta foi o aparecimento de sintomas neurológicos focais, sua presença tornou a avaliação de neuroimagem imprescindível e foi a chave para o diagnóstico precoce. O caso ressalta a importância de lembrarmos das complicações das infecções paranasais como diferencial para acometimentos neurológicos, principalmente por patógenos comuns. Consideramos como fator principal para o sucesso do tratamento as rápidas e adequadas limpezas cirúrgicas associadas a antibioticoterapia contínua. Portanto, destaca-se a importância do diagnóstico precoce da complicação neurológica e a importância da colaboração com a equipe cirúrgica para o melhor desfecho para o paciente.