



## Trabalhos Científicos

**Título:** Espondilodiscite: Um Raro Foco De Febre Na Criança

**Autores:** PAOLLA BOMFIM NASCIMENTO PENA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ANDRÉ GUSMÃO (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), JOÃO TEODORO SOUSA DE PAULA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), MARCUS VINÍCIUS ALVES DE MENDONÇA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), LUCIANA FIGUEIREDO MELARA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), YAN VICTOR ARAÚJO RODRIGUES (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), STEPHANIE GONCALVES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JOÃO LUCAS DOS SANTOS NETO (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), RAYSSA LIMA COSTA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), JESSICA ALVES SALVIANO (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: Espondilodiscite é uma infecção do disco vertebral, rara, de difícil diagnóstico devido aos sintomas inespecíficos e insidiosos. A sua principal etiologia é o *Staphylococcus aureus*, na criança geralmente de disseminação hematogênica pela natureza da vascularização discal. OBJETIVOS: Relatar caso de espondilodiscite como foco infeccioso, sendo diagnóstico diferencial da febre associada a dor abdominal e/ou lombalgia, desta forma enriquecendo a literatura de raridade importante. RELATO DE CASO: Pré-escolar, 2 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto socorro com história de febre há 06 dias associado a queda do estado geral, dores em MMII e abdome há 05 dias além de hiporexia. Compareceu ao pronto socorro com febre de 38°C, em regular estado geral, irritado, pouco colaborativo e mantinha posição antálgica em decúbito ventral, sem outras alterações significativas ao exame físico inicial. Nos exames laboratoriais de admissão apresentava leucocitose sem desvio à esquerda, elevação de marcadores inflamatórios e CPK normal, sem alterações radiográficas. Iniciada ceftriaxona. Após 72h apresentou melhora do quadro de febre e localização da dor em região sacral. Visualizado *Staphylococcus aureus* MRSA em hemocultura, sendo realizada troca de antibiótico para oxacilina. Submetido então a tomografia computadorizada com contraste, visualizado coleção em região de L5-S1 e associada clindamicina ao esquema terapêutico. Apesar do quadro de abscesso local, realizou tratamento conservador por 04 semanas com oxacilina e clindamicina evoluindo com boa resposta clínica e laboratorial e seguido por mais duas semanas com cefalexina. CONCLUSÃO: A combinação de febre, dor abdominal e lombar, sem foco infeccioso aparente deve alertar o pediatra quanto a possibilidade do diagnóstico diferencial da Espondilodiscite. É importante salientar a necessidade de coleta de hemocultura nestes casos, tendo em vista a possibilidade de tratamento conservador na maioria dos casos. O diagnóstico com exames de imagem precocemente é fundamental para um melhor prognóstico da doença.