



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Espondilodiscite Em Paciente Pediátrico: Relato De Caso.

Autores: BRUNA THOMAS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GABRIELA FANTIN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), NATHALYA DE SOUZA SILVA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ELOISA DANIELE STÜEWER (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ERIKA DE FREITAS SCHUMACHER (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), THALITA ZIMERMANN KUMMER BELONI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), JOANA BURATTO (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), GRACIELA DAHMER (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), LUCIANA FOSSARI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO, UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), SANDRA MARA WITKOWSKI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO, UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

Resumo: A espondilodiscite, caracterizada pelo processo inflamatório dos discos vertebrais, é uma condição de baixa incidência na população pediátrica. Estima-se que anualmente ocorram infecções espinhais em aproximadamente 0,3 crianças a cada 100.000, correspondendo a cerca de 4% das infecções osteoarticulares pediátricas. Masculino, 1 ano e 6 meses, admitido em um hospital pediátrico, após iniciar, há 5 dias, com quadro de dificuldade para deambular, dores em membros inferiores, restrição ao sentar e febre, sendo alternado por períodos de melhora, sem histórico de queda ou trauma e tendo apresentado história de IVAS previamente e usado Azitromicina. Na admissão, os exames demonstravam alterações de marcadores inflamatórios (VSH: 80, PCR: 82,7, Hb: 11,4, leucócitos: 19.130, segmentados: 71,5, bastonetes: 2, linfócitos: 20,7 e monócitos: 5,4) e o ultrassom que demonstrou mínimo derrame articular dos quadris, sendo iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina. Durante a internação, o paciente foi acompanhado pela equipe de pediatria, neurocirurgia e ortopedia. Foi solicitada radiografia de coluna que evidenciou redução dos espaços interdiscais entre L1-L2, radiografias de bacia, membros inferiores e coluna vertebral que não apresentaram alterações, e ressonância magnética da coluna vertebral que evidenciou irregularidade cortical nos platôs vertebrais apostos L1-L2, desidratação e redução da altura discal e extenso edema de realce da medular óssea dos corpos vertebrais, com pequenas formações císticas subcorticais de permeio, associados a edema e realce de partes paravertebrais circunjacentes, sendo que os achados confirmaram o diagnóstico de espondilodiscite. Optou-se por manter antibioticoterapia hospitalar por 22 dias e realização de fisioterapia. O paciente recebeu alta ao 22º dia de internação com antibioticoterapia ambulatorial com Sulfametoxazol + Trimetoprima por mais 14 dias e foi orientado a retornar ao ortopedista em 6 meses. Ao retorno, paciente apresentava-se deambulante, com marcha normal e coluna alinhada, RX coluna com alterações nos platôs vertebrais de L1/L2. Devido à sua natureza rara, sintomas clínicos pouco específicos e baixo nível de suspeição clínica, diagnosticar a espondilodiscite representa um desafio significativo. Os exames complementares, radiografias podem apresentar-se normais e só após 3 semanas demonstrarem redução dos espaços intervertebrais. Dentre os exames de imagem, a ressonância magnética apresenta melhor sensibilidade e especificidade. O tratamento é realizado através de antibioticoterapia guiada pelas etiologias mais prováveis, sendo que a resposta a este tratamento pode ser realizada através da avaliação clínica e de exames de imagem. O paciente apresentou quadro raro de infecção espinhal com sintomatologia clássica com início de dor nas costas, irritabilidade e recusa de andar ou engatinhar, sendo tratado e apresentou boa evolução com melhora do quadro.