



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome Da Pele Escaldada Pós Infecção Por Chikungunya

Autores: MAHER MAHMUD KARIM (HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR ANTONIO FONTES), ISABELA AMATE CARMONA COGO DE BRITO (HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR ANTONIO FONTES), GABRIELLY ALICE ARAUJO PAZ (HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR ANTONIO FONTES), RAYANNI FREIRE ALVES PEDROSO (HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR ANTONIO FONTES), ANNA BEATRIZ RIBEIRO CASTELO BRANCO (HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR ANTONIO FONTES)

Resumo: A chikungunya é uma arbovirose provocada pelo vírus chikungunya (CHIKV), um vírus de RNA do gênero Alphavirus e da família Togaviridae, transmitido pela picada de fêmeas infectadas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Manifestações atípicas da doença podem incluir Síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalite, uveíte, pericardite, miocardite, pancreatite, hepatite, pneumonia e dermatoses vesiculobolhosas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente de sete anos com a Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SPEE), manifestação atípica de CHIKV, destacando a importância dessa arbovirose como diagnóstico diferencial em crianças febris. Paciente feminina, 7 anos, transferida para (UTI) pediátrica, apresentando febre e artralgia, associados a lesões bolhosas há cinco dias. As lesões crosticulares surgiram em região retroauricular e se disseminaram para face, tronco, glúteos e membros, evoluindo com descamação e anasarca. O diagnóstico de chikungunya foi confirmado por sorologia IgM reagente e exames laboratoriais complementares. Após avaliação dermatológica, foi diagnosticada com SPEE, sendo iniciada antibioticoterapia com clindamicina e oxacilina para *Estafilococcus aureus*. Medidas de prevenção das lesões incluíram Mupirocina tópica 2%, banho com loção de limpeza, óleo de melaleuca e tela de Rayon, aos cuidados da equipe de curativo. Realizou-se hemotransfusão devido à plaquetopenia e tratamento com furosemida e reposição de albumina para diminuir a anasarca. A paciente melhorou significativamente dos parâmetros sanguíneos, distúrbio hidroeletrólítico e edema generalizado, com regressão das lesões. Após 21 dias de internação, teve alta hospitalar com boa evolução clínica. Com os recentes surtos de chikungunya, novas manifestações dermatológicas têm sido documentadas na literatura. Em 52 casos pediátricos com sorologia IgM positiva, 27 (51,9%) apresentaram lesões pigmentares, seguidas por lesões vesículo-bolhosas e exantema maculopapular. Diagnosticar chikungunya com manifestações atípicas é desafiador na pediatria, devido à rápida disseminação e manifestações clínicas inespecíficas como febre alta e artralgia. Lesões vesículo-bolhosas, embora menos comuns, podem surgir em crianças, associadas a eritema, púrpuras e descamação. No caso descrito, a SPEE ocorreu devido à perda das barreiras protetoras da pele, facilitando a infecção pelo *Staphylococcus aureus*. Complicações como perda excessiva de líquidos, desequilíbrio eletrolítico, pneumonia, septicemia e celulite podem aumentar a morbimortalidade da doença. Este relato destaca a importância do reconhecimento rápido da síndrome da pele escaldada em crianças com histórico de chikungunya, sublinhando a necessidade de diagnóstico preciso e tratamento precoce. Em áreas endêmicas como o Brasil, é crucial considerar a chikungunya no diagnóstico diferencial de febre em crianças com manifestações cutâneas.