Trabalhos Científicos

Título: Tumor De Pott Como Complicação De Um Caso De Rinossinute Bacteriana

Autores: LOANA DA FONSECA TORTORA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), GABRIELA SALVAREZ TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ALÉXIA ALVES CABRAL (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), JULIANA DA ROCHA FRAGOSO MURTA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARIANA REIS CABRAL VILLARI (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PAULA MOTA VIEITAS (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARCIA GALDINO SAMPAIO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

Resumo: Tumor inchado de pott (PPT) é uma condição clínica rara, com pico de incidência entre os 6-15 anos de idade, descrita como um abscesso subperiosteal frontal associado à osteomielite frontal subjacente. Paciente de 9 anos, com queixa de cefaleia intensa e persistente em região frontal, evolui com febre e edema periorbitário bilateral 15 dias após início da dor. Tratada como SBA com Amoxicilina por 7 dias, com boa resposta. Trinta dias após o início dos sintomas, relata retorno da cefaléia e aumento do volume frontal, com sinais flogísticos locais. Realizada tomografia (TC) de crânio, que evidenciou abscesso subcutâneo e osteomielite em osso frontal, sendo internada para antibioticoterapia com Ceftriaxona e Oxacilina. Sete dias após o início do tratamento, apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada e nova TC de crânio indicou abscesso de partes moles da região frontal, com 5,0 x 1,5cm, osteomielite frontal adjacente, coleções nos seios frontais e pequeno abscesso em lobo frontal esquerdo, medindo 0,9x1,8cm. Optado por ampliação do esquema antibiótico para Cefepime, Vancomicina e Metronidazol, além de iniciar Dexametasona. Após cinco dias, TC de controle já sem evidência de abscesso cerebral, porém com manutenção de abscesso de partes moles. Abordada no dia seguinte para drenagem endoscópica da coleção subcutânea pela otorrinolaringologia, sem crescimento de patógenos à cultura. Evolui com resposta satisfatória ao tratamento clínico, completando esquema antibiótico de 6 semanas e seguimento ambulatorial. A PPT desenvolve-se mais frequentemente como uma das complicações da sinusite frontal aguda ou crônica mal diagnosticada ou mal tratada. O diagnóstico é clínico e caracterizado por inchaço da testa, dor de cabeça frontal, febre, edema periorbital e rinorreia, associado à TC e à ressonância magnética (RM). O exame de imagem é importante quando há suspeição de envolvimento intracraniano. Como tratamento, os antibióticos intravenosos de largo espetro, associados à abordagem cirúrgica, são as condutas de escolha. O diagnóstico e início do tratamento precoces da rinossinusite frontal são as principais formas de prevenção das complicações e sequelas neurológicas a longo prazo, com necessidade de haver a suspeição de PPT em escolares e adolescentes que se apresentam com cefaleias prolongadas e edema frontal