



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome Da Pele Escaldada Estafilocócica Secundária À Onfalite Em Recém Nascido: Um Relato De Caso

Autores: GABRIELA WEBER MACHADO (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), LETÍCIA DE FARIA BANDEIRA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), ANA PAULA DOMINGUES CAMPOS (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), CAROLINA DRESCH DOCIATTI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), BEATRIZ FERREIRA NUNES (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), JULIA FRITSCH DA SILVA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), GIOVANNA BERTOTTI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), HELENA VALLE PEZZINI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), ANA CLARA MERKLE FUCK (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), MANOELA ULRICH FINKLER (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), BRUNA APARECIDA DOS SANTOS BURATO (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), HAFIZA MAKKI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO)

Resumo: A síndrome da pele escaldada estafilocócica (SPEE) é uma infecção bacteriana decorrente das exotoxinas epidermolíticas do *Staphylococcus aureus* (S. aureus). Acomete, essencialmente, menores de 5 anos. O objetivo do trabalho é relatar o caso de um neonato com SPEE secundária a onfalite. Recém-nascido (RN) termo, feminina, 17 dias de vida, parto vaginal, peso 3180g, apgar 9 e 10, exposta à sífilis, mãe adequadamente tratada, VDRL do RN 1:2, em aleitamento materno exclusivo. No sétimo dia teve queda do coto umbilical e aos quinze dias apresentou hiperemia periumbilical, evoluindo rapidamente para hiperemia perioral e formação bolhosa local, com rompimento espontâneo. Evoluiu com eritema difuso escarlatiforme, proeminente em região flexora dos membros superiores, bolhas em tronco e nádegas. Foi levada para avaliação em pronto atendimento pediátrico. Nega febre, alterações urinárias e gastrointestinais. Na admissão, hemodinamicamente estável, mas com glasgow 14 devido à irritabilidade. Ao exame físico, eritema difuso com bolhas disseminadas, descamação perioral de base úmida e crosta melicérica, secreção purulenta ocular, nasal e umbilical, sinal de Nikolsky positivo. Hemograma com leucocitose, provas inflamatórias aumentadas e VDRL 1:2. Demais exames complementares sem alterações. Iniciado antibioticoterapia com Cefepime 150mg/kg/dia e Clindamicina 40mg/kg/dia. Culturas de secreção ocular, nasal, umbilical e hemocultura positiva para S. Aureus multisensível. Não houve instabilidade hemodinâmica. Completados 10 dias de tratamento em enfermaria pediátrica, recebendo alta para seguimento ambulatorial com pediatra. A SPEE é secundária a outra fonte infecciosa inicial, com predomínio das infecções em nasofaringe, seguido por impetigo, infecção do trato urinário, conjuntivite, celulite e onfalite nos RN. Clinicamente, pode haver febre, mal estar e irritabilidade, com surgimento em 24 a 48 horas de eritema difuso, doloroso e lesões bolhosas predominantemente em áreas de fricção, com rompimento e descamação epidérmica. O sinal de Nikolsky é característico e corresponde ao descolamento da epiderme após pressão local. O caso corrobora com a literatura, com diagnóstico inicial de onfalite e rápida evolução sistêmica, cujas alterações cutâneas eram características e a irritabilidade secundária ao processo infeccioso e doloroso. O diagnóstico é clínico e o tratamento envolve suporte, hidratação endovenosa, controle termorregulatório e de distúrbios hidroeletrólíticos, bem como esquema terapêutico com Oxacilina ou Vancomicina, associado a um aminoglicosídeo pelo potencial inibitório das exotoxinas. No caso, usou-se cefalosporina de quarta geração para cobertura empírica também de gram negativos, devido a faixa etária. Ressalta-se o diagnóstico diferencial das lesões bolhosas nos neonatos, destacando o pênfigo sífilítico. Ademais, reforça-se a importância da propedêutica adequada e da instituição rápida do tratamento, evitando-se desfechos desfavoráveis.