Trabalhos Científicos

Título: Espondilodiscite: Um Raro Foco De Febre Na Pediatria

Autores: GIOVANNA LISSA RODRIGUES TONISI (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), JULIANA MIYUKI MIURA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), DIANA TOTA RODRIGUES (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

Resumo: A espondilodiscite é uma inflamação do disco vertebral e dos corpos vertebrais, podendo causar danos neurológicos se compressão. Sua disseminação é principalmente hematogênica e pode estar relacionada a infecções prévias, sepse ou trauma. Os agentes mais comuns são Staphylococcus aureus e Kingella kingae. Os sintomas incluem dor local, recusa à marcha, irritabilidade e limitação do movimento, frequentemente acometendo as vértebras lombares, especialmente L4-L5. Laboratorialmente, observa-se aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS). A Ressonância Magnética (RM) é o exame padrão ouro. As hemoculturas geralmente são negativas e a identificação do agente exige procedimentos invasivos. O tratamento envolve repouso e antibioticoterapia empírica endovenosa, durando em média de 4 a 6 semanas, seguida de terapia oral de acordo com melhora clínica e laboratorial. HSS, 14 meses, sexo masculino, previamente hígido, apresentou dor e dificuldade de deambulação há cerca de um mês, associado a irritabilidade, marcha assimétrica e febre. Ao exame físico estava choroso, com força, sensibilidade e movimentação preservadas. Os exames iniciais revelaram Hb 9,8 g/dL, leucócitos 11530 céls/mm3, PCR 2,7 mg/dL e VHS 125 mm3/h. Sorologias negativas. A análise do líquor foi sem alterações. A RM de coluna evidenciou lesões líticas em platôs de L5-S1. Aventadas hipóteses diagnósticas de espondilodiscite | Mal de Pott, tendo em vista histórico familiar paterno, descartada após investigação. Instituído tratamento empírico com Oxacilina endovenosa (200mg/kg/dia), que necessitou ser interrompido por 7 dias devido à hepatotoxicidade e, após normalização de enzimas hepáticas, retornada terapia com Piperacilina e Tazobactam (300mg/kg/dia). Paciente evoluiu com melhora clínica e diminuição de provas inflamatórias, recebeu alta hospitalar após 4 semanas de tratamento e continuou com Cefalexina via oral por mais 4 semanas. DISCUSSÃO: O tempo médio descrito entre os sintomas até o diagnóstico é de três semanas a três meses. A cultura do material coletado detecta o agente etiológico em menos de 50% dos casos. A RM possui sensibilidade e especificidade acima de 90%, auxiliando muito no diagnóstico com a identificação de erosões das placas terminais adjacentes ao processo inflamatório e redução da altura do disco intervertebral. Em relação ao tratamento, paciente manteve antibioticoterapia via parenteral e progrediu para via oral, recebendo alta após melhora clínica. O mal de Pott é a manifestação extrapulmonar da tuberculose que acomete a coluna, onde é o sítio principal de tuberculose óssea, sendo o quadro clínico semelhante ao do paciente relatado. CONCLUSÃO: O diagnóstico da doença na criança é difícil, visto o pequeno número de casos, a baixa especificidade das manifestações clínicas e a incapacidade dos pacientes de verbalizar a natureza da dor, bem como imagem pouco contributiva no início do desenvolvimento da doença.