

## Trabalhos Científicos

**Título:** Obstáculos Da Fasciíte Necrosante Na Faixa Etária Pediátrica: Relato De Um Caso

**Autores:** ISABELLA STEPHANIE SIMÕES (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), CAROLINA ZELENSKI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI), JULIA GROTO RICO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI), TAYNÁ ALESSANDRA BELLINTANI POMPIANI VIDOTTO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI), MAITÊ SANFINS MARRELLI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI), NAIANY CAMPOS REGO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), NATALIA ZAYAN HARATI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI), ALEXANDRE ESTEVES DE SOUZA LIMA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI)

**Resumo:** Fasciíte necrosante (FN) é uma infecção aguda bacteriana que evolui rapidamente para a destruição do tecido subcutâneo e da fáscia superficial. Mesmo sendo rara na faixa etária pediátrica, está associada a altos índices de morbimortalidade. Paciente 3 anos, previamente hígida, iniciou dor em membros inferiores (MMII), febre, dificuldade para deambular, prostração há 3 dias com piora progressiva para edema, dor intensa em joelhos, dificuldade na extensão ativa e passiva dos MMII e prostração evoluindo para quadro de choque distributivo com necessidade de drogas vasoativas, intubação e ventilação mecânica. Durante internação desenvolve lesões bolhosas extensas em ambas as coxas que tornaram-se necróticas, com necessidade de desbridamento. Como as hemoculturas coletadas na admissão positivaram para *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus pneumoniae*, iniciou tratamento com antibiótico específico por período prolongado. Avaliada pela cirurgia plástica e diagnóstico de FN. Tratamento por 2 semanas com desbridamento de lesões, enxertos, curativo a vácuo e sessões de câmara hiperbárica. Apresentou boa evolução com melhora gradual da ferida receptora e doadora. Após 74 dias de internação, recebeu alta para seguimento ambulatorial. A FN tem por principal etiologia *Streptococcus* do grupo A e *S. aureus* isoladamente ou em sinergismo. É classificada em 2 tipos: tipo I, mais comum após cirurgias e com isolamento de pelo menos um anaeróbio obrigatório e anaeróbios facultativos, e tipo II que é característico o isolamento de um ou ambos principais agentes já citados. Em sua maioria, a infecção é secundária às portas de entrada cutânea. Mas, em cerca de 20% dos casos isso não ocorre. O sítio primário mais comum são os membros inferiores (50%), seguidos por membros superiores (29%), tronco (9%), região perineal (8%) e face (1%). A FN inicia com uma área eritematosa, dolorosa e localizada, que aumenta em horas ou dias, com edema tecidual. Evolui para lesão eritemato-violácea de limites mal definidos, evoluindo com bolhas de conteúdo amarelado ou avermelhado escuro. A área torna-se demarcada, circundada por borda eritematosa e recoberta por tecido. Quadro séptico usualmente é presente. A dor muito intensa e desproporcional, é um indício importante para se pensar em FN. O diagnóstico é clínico e favorecido pelos achados cirúrgicos. A biópsia da fáscia é o padrão-ouro e está indicada em todos pacientes. O tratamento é o desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia sistêmica. Em casos mais graves pode-se fazer uso de oxigenoterapia hiperbárica e enxerto de pele. O prognóstico depende da idade, comorbidades associadas e envolvimento sistêmico. Devido a alta taxa de mortalidade em crianças e a rápida progressão da doença, torna-se imprescindível um alto índice de suspeição clínica para o precoce diagnóstico e tratamento, como no caso apresentado.