

# RELATO DE CASO: CELULITE EM 4º QUIRODACTILO DIREITO EM RN

<sup>1</sup>CARMO, R. dos S. do; <sup>2</sup>SOUZA L. S.; <sup>1</sup>CABRAL, K. C.; <sup>1</sup>VIEIRA, L. R.; <sup>1</sup>VERDAN, T. V. Q.; <sup>1</sup>CASCABULHO, A. M. E.; <sup>1</sup>SILVA, F. N.; <sup>2</sup>GOMES NETO, D.; <sup>1</sup>FRIZZO, A. P.; <sup>1</sup>GOTTARDI, L. de F.; <sup>1</sup>ROSSI, A. P.; <sup>1</sup>LESSA, L. R. K.; <sup>1</sup>PIMENTEL, T. M.; <sup>1</sup>LIMA, F. C.; <sup>1</sup>MAGALHÃES, W. L. R.; <sup>1</sup>MACHADO, I. C.; <sup>1</sup>MAGALHÃES, S. R.; <sup>1</sup>BLANC, B. B.;

<sup>1</sup>Hospital São José do Avai <sup>2</sup>Hospital Cesar Leite

E-mail para contato: rebecasveiga@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Celulite é uma afecção dermatológica mais comumente causada pelas bactérias estreptococos do grupo A beta-hemolíticos e *Staphylococcus aureus*. Manifesta-se como uma lesão dolorosa e com presença de sinais flogísticos.

## OBJETIVO

Relatar um caso de celulite em um paciente recém nascido.

## METODOLOGIA

Revisão literária referente ao caso discutido em bases de dados indexadas.

## DESCRIÇÃO DO CASO :

S.S.P, masculino, 27 dias de vida, 3,380 Kg, admitido com história de febre há 4 dias, associado ao aparecimento de edema, calor local e hiperemia em 4ª quirodáctilo direito há 2 dias. Ao exame físico apresentou dor a mobilização do local e sinais flogísticos. Há relato de uso de Cefalexina por 2 dias sem melhora do quadro. Paciente foi internado na unidade para início de tratamento, sendo submetido a 10 dias de Oxacilina 8/8H (25MG/KG/DOSE/IV), 5 dias de banho com Clorexidine, 5 dias de Mupirocina pomada em mãos, pés, triangulo nasal e perianal, e compressa morna sobre região acometida 2/2H, observação clínica e rastreo laboratorial. RX de mão direita realizado descartando osteomielite.

## DISCUSSÃO

As bactérias penetram a barreira da pele em decorrência de uma fissura, ativando mecanismos inflamatórios como resposta à invasão. Manifesta-se como uma lesão primária dolorosa, com bordas mal delimitadas, presença de sinais flogísticos e eventualmente bolhas e exsudação de líquidos. Em casos graves sinais e sintomas sistêmicos podem surgir. A maioria dos casos se resolve rapidamente com antibióticos, porém apesar de raras, existem complicações sérias incluindo infecções necrosantes e a propagação de bactérias pelo sangue (bacteremia/seps), que cursam com resolução arrastada. Portanto o tratamento com antibióticos deve ser imediato podendo prevenir estes agravamentos. Pode ocorrer em qualquer faixa etária ou parte do corpo, porém o pico de incidência é em adultos acima de 50 anos, em membros inferiores.

## CONCLUSÃO

O paciente respondeu com efetividade ao tratamento farmacológico, sem a necessidade de drenagem do abscesso. Recebeu alta no 11º dia de internação após resolução do quadro.

## REFERÊNCIAS

NUNES, Ceuci Xavier; BATISTA, Ana Verônica Mascarenhas; SACRAMENTO, Edilson, Manual de procedimentos em doenças infecciosas e parasitárias do Hospital Couto Maia. 4 ed. SALVADOR: EDUNEB, 2016.

FIRMINO, I. C. L. Infecções de pele e partes moles: proposta de protocolo de atendimento em unidade pediátrica.2010. 65f. Monografia (Especialização em Pediatria) - Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, 2010.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.Tratamento das principais infecções comunitárias e relacionadas à assistência a saúde e profilaxia antimicrobiana em cirurgia. 2008. Disponível em: Acesso em: 05 Nov. 2020

SANTOS, André Luis dos et al. Staphylococcus aureus: visitando uma cepa de importância hospitalar. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v.43, n.6, Dec.2007