

PE-069 - OTITE MÉDIA AGUDA SUPURATIVA POR *DERMATOCOCCUS NISHINOMIYAENSIS*: UM RELATO DE CASO

Camila Pedrosa Fialho¹, Cristiano do Amaral De Leon¹, Maria Carolina Lucas Dias¹, Antônio Cândido Paiva Figueiredo dos Santos²

1 - ULBRA; 2 - HMV - Porto Alegre, RS.

Introdução: A Otite Média Aguda (OMA) é definida como uma infecção com presença de líquido na orelha média. O diagnóstico da doença é clínico, porém pode ser realizada cultura da secreção da orelha média para definir a causa. **Relato de Caso:** A.L.C.R., 8 anos, masculino, transferido ao hospital por suspeita de meningite por complicação de OMA em 17/07/21. O paciente iniciou com quadro de otalgia e otorreia à esquerda, cefaleia, febre, náuseas e vômitos no dia 09/07. Procurou atendimento no dia 13/07 sendo prescrito amoxicilina. Em 17/07, retornou à emergência onde foram realizadas TC de crânio e coleta de líquido e iniciado ceftriaxone, metronidazol e oxacilina por suspeita de disseminação para meninges. O líquido demonstrou aumento de celularidade e cultura negativa. Por piora clínica foi modificada oxacilina por vancomicina para cobertura de estafilococo aureus metilino resistente. Manejada no bloco cirúrgico para realização de timpanomastoidectomia sendo coletado material para cultura, que demonstrou crescimento de *Dermatococcus nishinomyaensis*. No dia 05/08, após melhora clínica e resultado do antibiograma, foram descalonados os antimicrobianos para ampicilina e sulbactam. No dia 13/08/21, o paciente recebeu alta hospitalar e foi encaminhado ao ambulatório. **Discussão:** A OMA tem como principais causas pneumococo, *Haemophilus influenzae* não tipável e *Moraxella catarrhalis*. *Dermatococcus nishinomyaensis* é uma bactéria gram positiva não-patogênica que reside na pele. Há relatos sobre infecções de outros sítios causadas por essa bactéria, mas não de OMA. A antibioticoterapia utilizada no caso relatado foi de amplo espectro pelo quadro clínico grave do paciente. Já foi demonstrado que o uso de cefalosporinas foi promissor no tratamento. **Conclusão:** A OMA é uma doença infecciosa que, em geral, possui bom prognóstico e não resulta em sequelas ao paciente. A *D. nishinomyaensis* é uma bactéria comensal, não patogênica, em geral, porém, há relatos demonstrando algumas infecções como a descrita neste caso.

PE-070 - APENDICITE EM PACIENTE PRÉ-ESCOLAR: UM RELATO DE CASO

Isabella Urdangarin Esquia¹, Nicole Mesquita Souza¹, Carolina Frantz¹, Carla de Oliveira¹, Pedro Juan Lawisch Rodríguez¹, Pâmela de Souza Matos Paveck¹, Stéphanie Nascente Nunes¹, Luiza Dalla Vecchia Torriani¹, Tatiana Kurtz¹, Marcio Abelha¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Introdução: A dor abdominal aguda é motivo frequente de consulta e internação pediátrica. Dentre possíveis patologias que podem estar relacionadas a esse sintoma, deve-se atentar à apendicite aguda, sendo pouco frequente em crianças abaixo de 5 anos. No entanto se trata de uma emergência cirúrgica que está associada a morbimortalidade. **Descrição de caso:** Paciente feminina, 2 anos e 4 meses, interna em enfermaria pediátrica com queixa de dor abdominal, vômitos, diarreia e febre. História de ingestão de tijolo e cimento há 2 dias, com padrão de fezes tipo 1 escala de Bristol. Exames Laboratoriais: discreta leucocitose, Rx de abdome: grande quantidade de fezes em alças intestinais. USG de abdome em fossa ilíaca direita com alça tubular distendida e dolorosa à compressão, sugestivo de apêndice patológico, com pequeno plastrão inflamatório e líquido adjacente. Iniciou-se Ampicilina+Sulbactam EV e foi realizada apendicetomia videolaparoscópica com cecorrafia devido apêndice roto. Bacterioscopia do líquido abdominal: leucocitose e presença de diplococos gram positivos, bacilos gram negativos, microbiota sugestiva de flora anaeróbia, Cultura com *Klebsiella pneumoniae* sensível a Ampicilina+Sulbactam. Boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar no 5º dia pós-operatório, com término da antibioticoterapia em domicílio. **Discussão:** Apendicite aguda é a inflamação do apêndice cecal, geralmente causada por obstrução do lúmen proximal do apêndice vermiforme. Caracterizada no adulto pela dor umbilical que migra para quadrante inferior direito juntamente com febre, náuseas e vômitos, essa condição é difícil diagnosticar precocemente em pediatria devido a comunicação limitada e a variabilidade do curso clínico. Sintomas como diarreia, dificuldade de deambular, inapetência, prostração e posição antálgica, podem ser confundidos com gastroenterite. A evolução clínica e exame físico, associados ao raio-x e USG abdominal são a base para o diagnóstico precoce. O tratamento é baseado em hidratação venosa, analgesia, antibioticoterapia e cirurgia. **Conclusão:** Apesar da maior indicação de cirurgia abdominal em crianças ser por apendicite aguda, menos de 5% dos pacientes com apendicite são menores de 5 anos de idade, caracterizando o caso em uma casuística especial. A sintomatologia da apendicite tende a evoluir rapidamente em crianças, portanto, o conhecimento das manifestações clínicas e da abordagem adequada são etapas essenciais no tratamento em pediatria.