



RELATO DE CASO: ESPONDILODISCITE INFECCIOSA

BRENDA LUIZA BELTRAME (URI); DIEGO BARBOSA SUCOLOTTI (URI); EDUARDA ZIN (URI); FERNANDA DE OLIVEIRA (URI); GRAZIELE SACHER (URI) JÚLIA FABRIS GALVAN (URI), LAURA ZIN (UPF).

204467@UPF.COM.BR | (54) 99127-7135

Palavras-Chave: Infectologia; Discite Infecciosa; Pediatria;

INTRODUÇÃO

A espondilodiscite infecciosa é uma infecção bacteriana no disco vertebral, que pode acarretar sequelas neurológicas no paciente. Ela acomete principalmente crianças, pois diferente dos adultos, os seus discos intervertebrais são vascularizados, favorecendo a disseminação hematogênica de microrganismos.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O paciente J.S., 4 anos e 4 meses, procurou o pronto-socorro com queixa de dor intensa em coluna lombossacra há um mês, com piora há quatro dias, além de febre e retenção urinária e fecal. A dor impedia deambulação e piorava à palpação no exame físico. A tomografia de abdome não apresentou alterações que justificassem a algia. Os exames laboratoriais demonstraram alteração da proteína C reativa (73,3 mg/L), velocidade de hemossedimentação (25mm/h) e leucocitose (15.000mm³), com predomínio de segmentados. Iniciou-se terapia empírica com Ceftriaxona e Clindamicina.

A ressonância magnética - RM de quadril realizada apresentou alteração do sinal de disco intervertebral de L1-L2, coleção líquida estendendo-se ao platô vertebral de L1 e realce do corpo vertebral, sugerindo espondilodiscite infecciosa. Com isso, adicionou-se Oxacilina ao tratamento. A terapia foi mantida por 30 dias com melhora progressiva e resolução completa em vinte e um dias.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica da espondilodiscite é inespecífica, assim como os exames laboratoriais. Por isso, a RM é considerada o melhor exame complementar para o diagnóstico, capaz de identificar precocemente alterações típicas da infecção.

No caso descrito, o contraste da medula vertebral foi interpretado como um achado sugestivo. O tratamento empírico da condição é necessário, sobretudo em casos de coprocultura negativa, como o relatado. A cobertura deve ser eficaz contra o agente causador mais comum: *Staphylococcus aureus*. As terapias orais e intravenosas variam, e a combinação de antibióticos, incluindo beta-lactâmicos, tem sido eficaz.

A espondilodiscite, quando adequadamente tratada, apresenta evolução benigna. As sequelas podem incluir cifose, escoliose, rigidez, desconforto e restrição de movimento na coluna, porém o paciente descrito não desenvolveu nenhuma dessas complicações.

CONCLUSÃO:

Dessa forma, reforça-se a relevância do reconhecimento precoce e do uso da ressonância magnética para o diagnóstico da espondilodiscite infecciosa na prática clínica pediátrica, garantindo o início rápido do tratamento e evitando sequelas.

REFERÊNCIAS:

- 1.BEATRIZ, Ana, *et al.* **Espondilodiscite na Infância - Relato de Caso em Pré Escolar**. Residência Pediátrica, 2025.
- 2.QUEIROZ, João Welberthon Matos, *et al.* **Espondilodiscite: Revisão de Literatura**. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazillian Neurosurgery, dez. 2013.
- 3.GARCIA, Eduardo Carvalho, *et al.* **Espondilodiscite: Um Diagnóstico Diferencial Raro de Dor Abdominal**. Revista Médica de Minas Gerais, abril. 2013.
- 4.ROVERSI, Marco, *et al.* **Spondylodiscitis in Children: A Retrospective Study and Comparison with Non-Vertebral Osteomyelitis**. Frontiers in Pediatrics, out. 2021.
- 5.FERRI, Irene, *et al.* **Characteristics, Management and Outcomes of Spondylodiscitis in Children: A Systematic Review**. Antibiotics, dez. 2020.
- 6.FERNANDEZ, M., *et al.* **Discitis and vertebral osteomyelitis in children: an 18-year review**. Pediatrics. 2000.
- 7.CHANDRASENAN, J., *et al.* **Spondylodiscitis in children: a retrospective series**. J. Bone Joint. Surgery, 2011.
- 8.KARABOUTA Z., *et al.* **Discitis in toddlers: a case series and review**. Acta. Pediatrics, 2005.
- 9.ESPADA, F.V., *et al.* **Spondylodiscitis**. Acta. Med. Port. 2003.