



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

DESFECHO CRÍTICO DE PNEUMONIA NECROTIZANTE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO E ALERTA CLÍNICO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS COMUNS

Linha: Pesquisa

Dayanna Gonçalves Caetano¹; Ana Beatriz Lucena Marcolino¹; Mariana Souza Tavares¹; Alinne Beserra de Lucena¹; Daniela Figueiredo de Souza¹.

¹Afya Paraíba, João Pessoa - PB

Introdução

A pneumonia necrotizante representa uma complicação rara, porém potencialmente fatal das infecções respiratórias comuns em crianças. Caracteriza-se pela necrose tecidual e liquefação do parênquima pulmonar, resultantes de intensa ação proteolítica e destruição da microvasculatura pulmonar, o que leva à formação de trombos, cavitações e comprometimento do suprimento sanguíneo local. No público pediátrico, os principais agentes etiológicos incluem *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* (Kapania; Cavallazzi, 2024). Diante de sua evolução rápida e do risco de desfechos críticos, o reconhecimento precoce dessa condição é essencial para o manejo adequado e para a redução da mortalidade. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de pneumonia necrotizante em paciente pediátrico, destacando a importância da vigilância clínica nas infecções respiratórias comuns e reforçando a necessidade de atenção aos sinais de agravamento que podem indicar complicações graves.

Métodos ou Relato de Experiência

O estudo compreende um relato de caso clínico, de caráter descritivo, de uma paciente internada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal do Valentina com complicações graves de uma infecção respiratória. Os dados foram obtidos por meio de análise retrospectiva dos registros clínicos, laboratoriais e de imagem disponíveis no prontuário da paciente e organizados de forma cronológica, contemplando evolução clínica, resultados de exames complementares, condutas terapêuticas e resposta ao tratamento. Todos os dados foram analisados de forma sigilosa, garantindo a preservação da identidade e da privacidade da paciente. O presente estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos e as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba sob o número de parecer 86154625.0.0000.5178. Foi obtido o Termo de Consentimento de Uso de Dados (TCUD) assinado pelo representante institucional do hospital de estudo, autorizando a utilização de informações clínicas e imagens médicas de forma anônima, exclusivamente para fins científicos e acadêmicos.



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

Resultados e discussões

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, natural e procedente de João Pessoa-PB, foi admitida no Hospital Municipal do Valentina (HMV) no dia 26 de junho de 2025 com história de sintomas gripais e febre há uma semana, evoluindo com inapetência, vômitos e desconforto respiratório. Na admissão no HMV, apresentou dispnéia importante e dor torácica ventilatório-dependente. Sinais vitais com Frequência cardíaca de 160bpm; Temperatura: 36.8°C; Saturação de Oxigênio:93%; Frequência respiratória não verificada. Ao exame físico inicial, encontrava-se taquipneica, corada, hidratada, ativa e reativa.

À ausculta pulmonar, observou-se redução do murmúrio vesicular no terço médio do hemitórax direito, com frequência respiratória de 40 irpm. Abdome flácido, indolor, e ruídos hidroaéreos presentes. Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular, sem sopros. A radiografia de tórax evidenciou consolidação extensa em hemitórax direito. Realizado ultrassonografia de tórax visualizando acúmulo de líquido livre em cavidade pleural à direita, septado, condicionando atelectasia passiva dos lobos pulmonares inferiores, além de sinais de hepatização do parênquima pulmonar adjacente. Exames laboratoriais HB: 13,3 HT: 38,6 Leucócitos: 25300 S:89,6 L:3,5 Plaquetas: 279000.

Diante do estado clínico, foi iniciado ceftriaxona e clindamicina, associada no segundo dia de admissão, somadas à hidrocortisona e aerolin. No quarto dia de internação paciente evoluiu com piora do desconforto respiratório e do derrame pleural, sendo submetida à inserção de dreno torácico com drenagem 600ml de empiema, procedimento realizado sob acesso venoso central e intubação orotraqueal, a qual permaneceu nos dias subsequentes estável na UTI com sedanalgesia com fentanil e midazolam. Como a paciente mantinha-se em pior quadro clínico, ainda no quarto dia, foi substituído ceftriaxona por cefepime e associado vancomicina ao esquema terapêutico.

No sétimo dia de internação progride com queda da saturação de oxigênio (atingindo 65%), sendo indicado dreno torácico com aspiração contínua, havendo melhora parcial do padrão ventilatório. No período noturno do mesmo dia, evoluiu com extremidades frias, febre (38°C às 21h) e edema importante em membros. Avaliação clínica e radiológica evidenciaram piora do padrão na radiografia de tórax e piora laboratorial, com PCR e procalcitonina elevadas, configurando sinais de sepse. Realizado tomografia computadorizada de tórax com achados compatíveis com pequeno a moderado derrame pleural, atelectasias e consolidação parenquimatosa que acomete todo o pulmão direito, corroborando a hipótese diagnóstica de pneumonia necrotizante.

Diante do cenário de instabilidade, cefepime foi substituído por meropenem e adicionado polimixina B, completando o esquema terapêutico com vancomicina e clindamicina. No nono dia de internação, a paciente foi submetida a cirurgia de descorticação pulmonar e intercostomia com aposição de afastadores de costela e inventário da cavidade pleural, sendo visualizado empiema pleural loculado com encarceramento pulmonar, pulmão com sinais de hepatização em toda sua plenitude e necrose em lobo superior, com sinais de fístula aérea. Nos dias subsequentes, a paciente foi submetida a

desbridamento de úlcera de pressão em região sacral/occipital, infusão de concentrado de hemácias e correção de hipocalcemia, mantendo-se em oscilação no padrão respiratório.

No trigésimo sétimo dia de internação paciente em um quadro de insuficiência respiratória grave e choque séptico, progride para um quadro de bradicardia com FC: 69bpm, seguido de uma parada cardiorespiratória (PCR) às 11:00 revertida em 10min com manobras de reanimação e adrenalina. Mantina em noradrenalina e dobutamina, além de expansão volêmica. Ao exame físico verificado livedo reticular, cianose de extremidades e pupilas midriáticas. Às 12:10, progride para nova PCR, com piora do livedo e saída de secreção espumosa e rosada pelo tubo endotraqueal. Realizado protocolo de reanimação, sem sucesso, com óbito confirmado às 12:40 do dia 02 de agosto de 2025.

A pneumonia necrotizante é uma complicação grave e rara de uma infecção pulmonar bacteriana com comprometimento importante do parênquima respiratório, desencadeando inflamação grave, necrose tecidual e liquefação de tecido pulmonar consolidado. Nesse contexto, manifesta-se de forma mais branda em relação a uma pneumonia bacteriana comum, podendo cursar com insuficiência respiratória, sangramento das vias aéreas e leucopenia importante. Essas evoluções clínicas representam, sobretudo, os principais fatores relacionados à morte, evidenciando alta taxa de mortalidade por essa complicação (Faustino, 2024).

Os agentes etiológicos mais comuns na necrose pulmonar em adultos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae*, enquanto na população pediátrica figuram também *Mycoplasma pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Essa infecção cursa com envolvimento da vasculatura pulmonar devido a formação de trombos e, conseqüente, impedimento do fluxo sanguíneo. Em face da menor oferta de oxigênio, o tecido pulmonar sofre necrose tecidual e é suscetível a replicação bacteriana exacerbada. Além disso, o tratamento com o uso de antimicrobianos torna-se desafiador, uma vez que a condição reduz a penetração e efetividade dos agentes terapêuticos (Kapania e Cavallazzi, 2024).

O diagnóstico da pneumonia necrotizante é baseado em exames de imagem. Nesse sentido, a tomografia computadorizada (TC) é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico, a qual pode apresentar achados com baixa atenuação e realce diminuído. Além disso, também pode ser visualizado cavitações e comprometimento multilobar. A radiografia de tórax, apesar de maior acessibilidade nos serviços, pode auxiliar no diagnóstico. Porém, os achados podem ser inespecíficos. Dessa forma, a disponibilidade da TC possibilita o aumento dos diagnósticos em um cenário de subnotificação da pneumonia necrotizante (Sawichi et al, 2008).

O tratamento da pneumonia necrotizante em pacientes pediátricos baseia-se, predominantemente, em medidas conservadoras, com antibioticoterapia intravenosa e suporte clínico. A terapêutica segue protocolos semelhantes aos de outras pneumonias, iniciando-se pela identificação do agente causador para orientar a antibioticoterapia específica. A escolha do esquema empírico deve considerar a origem

