

## CARTAS - CASO CLÍNICO

### Fasciite necrotizante causada por *Stenotrophomonas maltophilia* no pescoço de criança previamente hígida ☆☆☆



Prezado Editor,

A fasciite necrotizante (FN) é infecção rara e potencialmente fatal dos tecidos moles que se espalha ao longo dos planos fasciais, resultando em necrose da fáscia e do tecido subcutâneo.<sup>1</sup> Em adultos, o envolvimento das estruturas da cabeça e do pescoço é incomum, e as extremidades inferiores e o tronco são as localizações mais prevalentes. Entretanto, em crianças, a incidência de lesões que ocorrem na cabeça e no pescoço é maior, relatada em 15% a 20%.<sup>2</sup> Este relato descreve o caso de uma criança que desenvolveu úlcera necrótica extensa no pescoço em decorrência de FN causada por *Stenotrophomonas maltophilia*.

Uma criança do sexo feminino, de 2 anos, previamente saudável, foi internada na unidade de terapia intensiva com febre, tosse e dispneia por 15 dias. Ela foi diagnosticada com insuficiência respiratória aguda, levando à intubação oro-traqueal. Cinco dias depois, apresentou edema nas regiões submandibular, submentoniana, retroauricular e occipital bilateralmente. Antibióticos empíricos de amplo espectro (vancomicina + meropenem) foram prescritos. Apesar da antibioticoterapia, as lesões progrediram e a paciente apresentou choque séptico, o que levou à transferência para hospital de alta complexidade para avaliação diagnóstica mais aprofundada. Ao exame dermatológico inicial, apresentou extensa úlcera necrótica no pescoço (figs. 1A e 1B). A tomografia computadorizada (TC) revelou espessamento e densificação difusos nos tecidos moles do pescoço (fig. 1C). A biópsia por *punch* e o exame histopatológico revelaram necrose coagulativa na epiderme, derme e hipoderme. Na fáscia, havia denso infiltrado neutrofílico com áreas

de necrose (fig. 2). Culturas de sangue, traqueia e pele foram obtidas, todas positivas para *S. maltophilia* sensível a levofloxacino e sulfametoxazol/trimetoprima. Os achados clinicopatológicos levaram ao diagnóstico de FN.

Com base nos resultados do antibiograma, foram feitos ajustes no regime antibiótico com a incorporação de levofloxacino e realizado desbridamento. Após melhora clínica, foi realizado o enxerto. A paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar sem sequelas duradouras (fig. 3).

A apresentação clínica inicial da FN é inespecífica, e a doença pode ser diagnosticada erroneamente como celulite, erisipela ou formação de abscesso.<sup>1,2</sup> A FN frequentemente se inicia como ferida vermelha, quente e dolorosa. À medida que a doença progride, a dor local intensa transita para dormência ou analgesia.<sup>1</sup> A progressão do processo patológico envolve necrose do tecido subcutâneo e da fáscia, levando à trombose arterial, gangrena úmida e, por fim, necrose isquêmica da pele.<sup>1,3</sup> Fatores inflamatórios levam a febre, taquicardia e, eventualmente, choque séptico.<sup>1,2</sup>

Na população pediátrica, a FN apresenta características distintas em comparação aos adultos. Embora a FN seja frequentemente fatal em adultos, sua taxa de letalidade parece ser menor em crianças.<sup>4</sup> Ao contrário de pacientes adultos, nos quais a FN é comum em pacientes imunossuprimidos e diabéticos, as crianças comumente afetadas são aquelas previamente hígidas.<sup>5</sup> As características iniciais incluem traumas leves e graves, feridas cirúrgicas e lesões por varicela.<sup>2</sup> Além disso, ao contrário dos adultos, a FN é geralmente uma infecção monomicrobiana em crianças, mais comumente causada por *Streptococcus pyogenes*, e raramente é polimicrobiana.<sup>4</sup>

*Stenotrophomonas maltophilia* é um bacilo aeróbio gram-negativo que causa infecções oportunistas multiresistentes em pacientes hospitalizados.<sup>6</sup> Essas infecções geralmente apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade. O organismo pode formar biofilmes em várias superfícies. Embora o sistema respiratório seja o mais comumente afetado, *S. maltophilia* também foi relatada como causadora de infecções de pele, tecidos moles e trato biliar, endoftalmite e meningite.<sup>6</sup> Os fatores de risco incluem terapia antimicrobiana de amplo espectro, permanência prolongada em unidade de terapia intensiva, ventilação mecânica prolongada, imunossupressão e uso de dispositivos intravasculares.<sup>6</sup>

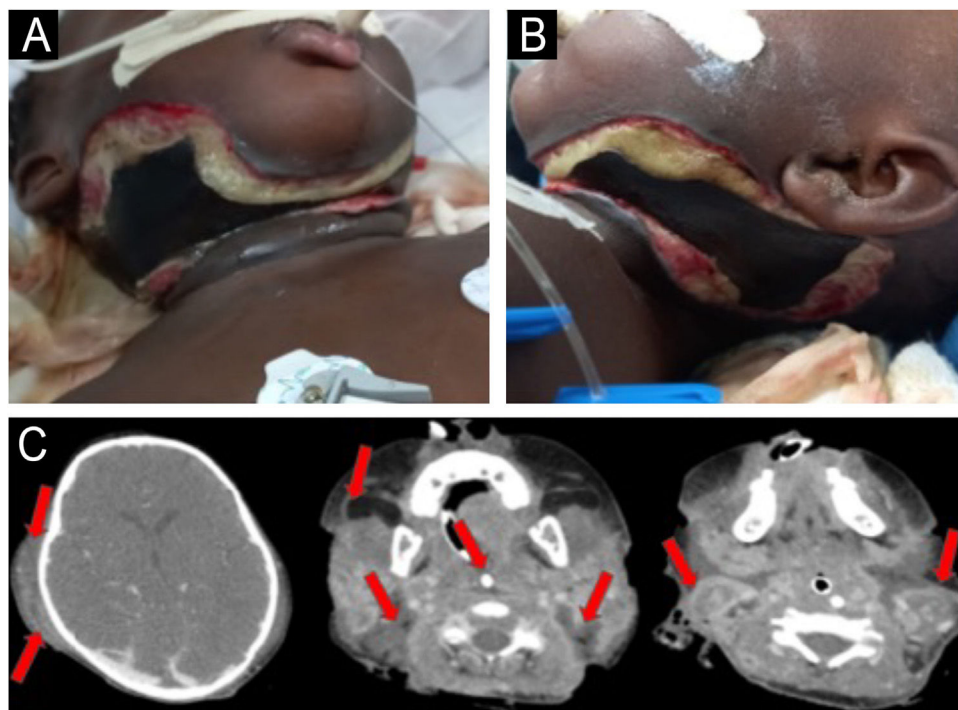
A ausência de lesões características nos estágios iniciais da FN representa desafio diagnóstico significativo, resultando em atrasos no tratamento. No presente caso, o

DOI referente ao artigo:

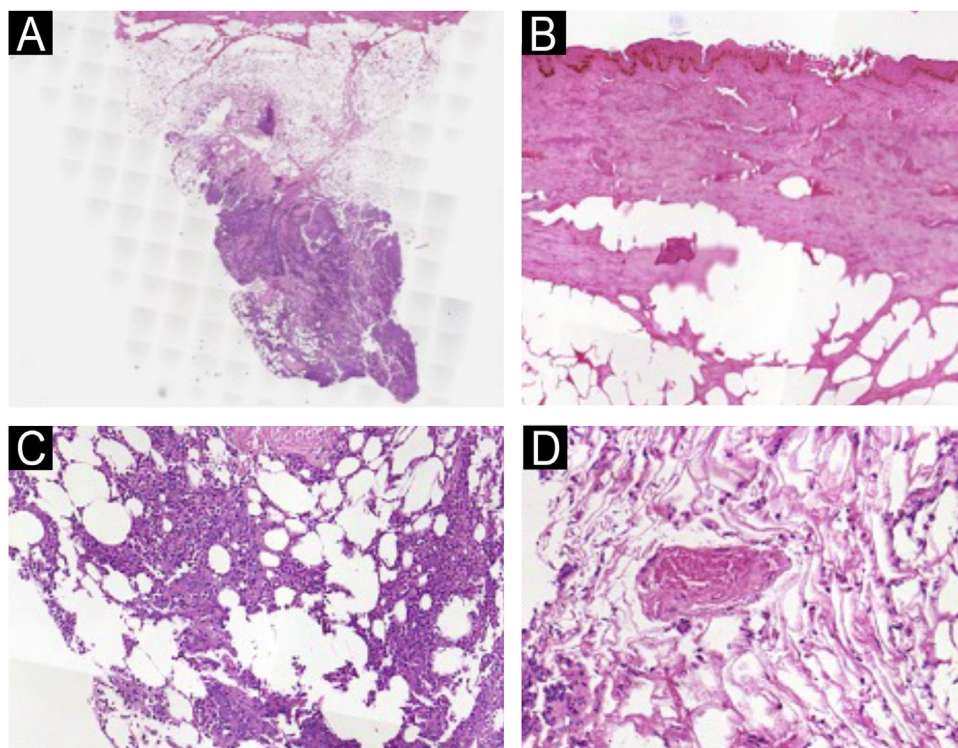
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501179>

☆ Como citar este artigo: Carrascoza GG, Miyashiro D, Silva MP, Pinheiro TGB, Ribeiro SPP, Sanches JA. Necrotizing fasciitis caused by *Stenotrophomonas maltophilia* on the neck of a previously healthy child. An Bras Dermatol. 2025;100:501179.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



**Figura 1** Úlcera necrótica extensa no pescoço (A) vista direita e anterior (B) vista esquerda (C). Tomografia computadorizada mostrando espessamento e densificação dos planos cervicais mioadiposos e realce fascial (setas).



**Figura 2** (A) Biópsia mostrando intenso infiltrado inflamatório na fáscia (Hematoxilina & eosina, 20×). (B) Epiderme com necrose coagulativa (Hematoxilina & eosina, 20×). (C) Na fáscia, intenso infiltrado neutrofílico, necrose (Hematoxilina & eosina, 20×) e (D) espessamento dos vasos (Hematoxilina & eosina, 20×).



**Figura 3** Paciente após o tratamento.

diagnóstico tardio levou a choque séptico e necrose tecidual extensa, indicativos de doença avançada. Quando há suspeita de FN, é imprescindível a obtenção de exame de imagem com contraste (TC ou, preferencialmente, ressonância magnética) para avaliar alterações inflamatórias, edema, coleção de fluidos ou abscessos, realce fascial e formação de gás.<sup>1,2</sup>

O desbridamento cirúrgico precoce e extenso é a base do tratamento. A reconstrução imediata não é recomendada e deve ser adiada até que a infecção seja contida.<sup>1-6</sup> As culturas obtidas do tecido podem orientar a terapia antibiótica de longo prazo.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Editor

Sílvio Alencar Marques.

### Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

### Contribuição dos autores

Giovanna Gelli Carrascoza: Aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação intelectual em

conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito, elaboração e redação do manuscrito e concepção e planejamento do estudo.

Denis Miyashiro: Aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito, elaboração e redação do manuscrito e concepção e planejamento do estudo.

Murilo Perin da Silva: Aprovação da versão final do manuscrito, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Talita Georgeana Baratieri Pinheiro: Aprovação da versão final do manuscrito, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Suheyly Pollyana Pereira Ribeiro: Aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito, elaboração e redação do manuscrito e concepção e planejamento do estudo.







José Antonio Sanches: Aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito, elaboração e redação do manuscrito e concepção e planejamento do estudo.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Marques SA, Abbade LPF. Severe bacterial skin infections. *An Bras Dermatol.* 2020;95:407–17.
2. Miller LE, Shaye DA. Noma and Necrotizing Fasciitis of the Face and Neck. *Facial Plast Surg.* 2021;37:439–45.
3. Choi MS. Necrotizing fasciitis of the head and neck: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;41:90–6.
4. Schröder A, Gerin A, Firth GB, Hoffmann KS, Grieve A, Oetzmann von Sochaczewski C. A systematic review of necrotising fasciitis in children from its first description in 1930 to 2018. *BMC Infect Dis.* 2019;19:317.
5. Bingöl-Koloğlu M, Yıldız RV, Alper B, Yağmurlu A, Ciftçi E, Gökçora IH, et al. Necrotizing fasciitis in children: diagnostic and therapeutic aspects. *J Pediatr Surg.* 2007;42:1892–7.
6. Karan NB, Kose R, Kalyoncu A, Sekeryapan B, Oter K, Findik H, et al. Fatal orbital necrotizing fasciitis secondary to *Stenotrophomonas maltophilia* associated stomatitis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019;120:260–2.

Giovanna Gelli Carrascoza <sup>a,\*</sup>, Denis Miyashiro <sup>a</sup>,  
Murilo Perin da Silva <sup>a</sup>,  
Talita Georgeana Baratieri Pinheiro <sup>b</sup>,  
Suheyly Pollyana Pereira Ribeiro <sup>c</sup>  
e José Antonio Sanches <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>b</sup> *Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>c</sup> *Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

\* Autor para correspondência.

*E-mail:* [gi.carrascoza@gmail.com](mailto:gi.carrascoza@gmail.com) (G.G. Carrascoza).

Recebido em 30 de dezembro de 2024; aceito em 6 de fevereiro de 2025