

Síndrome de Shock Tóxico. A propósito de un caso en un paciente pediátrico

Toxic Shock Syndrome. Regarding a case in a pediatric patient

DOI: 10.46932/sfjdv4n9-011

Received on: October 13th, 2023

Accepted on: November 17th, 2023

Gonzalo Almada

Especialista en Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario
Institución: Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de Junín, Pcia de Buenos Aires
Dirección: Lavalle 1084, Junín, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: gonzalodalmada@gmail.com

Asurmendi María Paula

Especialista en Pediatría de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Institución: Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de Junín, Pcia de Buenos Aires
Dirección: Lavalle 1084, Junín, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: mpauasurmendi@gmail.com

Dematteis Victoria

Especialista en Pediatría y Neonatología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Institución: Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de Junín, Pcia de Buenos Aires
Dirección: Lavalle 1084, Junín, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: amarcaida@hotmail.com

María Mugavero

Especialista en Pediatría de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Institución: Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de Junín, Pcia de Buenos Aires
Dirección: Lavalle 1084, Junín, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: mgmugavero@yahoo.com.ar

Marión Geraldine Marquez

Graduado en Medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Institución: Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de Junín, Pcia de Buenos Aires
Dirección: Lavalle 1084, Junín, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: mariongmarquez@hotmail.com

RESUMEN

El Síndrome de Shock Tóxico es una enfermedad aguda y progresiva mediada por toxinas producidas por algunas cepas de *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, caracterizado por fiebre, compromiso cutaneomucoso, hipotensión y falla multiorgánica. Es un cuadro infrecuente en pacientes pediátricos, pero en las últimas décadas ha aumentado la incidencia de las infecciones invasivas por *Streptococo Beta Hemolítico del grupo A*. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz debido a su gravedad.

Palabras clave: síndrome de shock tóxico, shock, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

ABSTRACT

Toxic Shock Syndrome is an acute and progressive illness mediated by toxins produced by some strains of *Streptococcus pyogenes* and *Staphylococcus aureus*, characterized by fever, skin and mucous

involvement, hypotension and multiorgan failure. This is an infrequent situation in pediatric patients, but in recent decades the incidence of invasive infections due to group A Beta Hemolytic Streptococcus has increased. Early diagnosis and treatment due to its severity is essential.

Keywords: toxic shock syndrome, shock, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus.

1 OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Shock Tóxico en una niña de 5 años.

2 DESCRIPCIÓN

Se presenta una paciente de sexo femenino de 5 años, peso adecuado, vacunas completas, con antecedentes de crisis broncoobstructivas a repetición sin enfermedad de base. Consultó por guardia por un cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por fiebre, tos productiva, vómitos y decaimiento. Al momento de su evaluación se encontraba se constata paciente vigil, reactiva, normohidratada, en suficiencia cardiovascular, con una temperatura de 38,4 °C, saturando 88% aire ambiente, con frecuencia cardiaca de 140 lpm, frecuencia respiratoria de 48 rpm y tensión arterial de 100/50. Se realizó una radiografía de tórax frente en la que se constató block de condensación en lóbulo inferior izquierdo, se tomaron muestras para hemocultivos y laboratorio que presentó: Hto 36%, Hb 12 gr/l, GB: 8.700 (neutrófilos 73/linfocitos 22), VES 52, Plaquetas 160.000, Urea 28, Creatinina 0,50.

Se realizó diagnóstico de Neumonía izquierda con requerimiento de aporte suplementario de oxígeno por lo que se decidió su internación. Se colocó oxígeno por cánula nasal, permaneció ayunada con un plan de hidratación parenteral a necesidades basales, Ranitidina endovenosa y se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona EV a 80 mgr/k/día.

A las 36 hs de internación continuó febril, con aumento del requerimiento de oxígeno por cánula nasal, presentado una frecuencia cardiaca de 130 lpm, frecuencia respiratoria de 40 rpm y tensión arterial de 95/50, relleno ungueal menor a 2 segundos, pulsos periféricos positivos y simétricos, normohidratada, reactiva, ligero rash escarlatiniforme no pruriginoso en cara anterior del tórax, menor entrada de aire en base izquierda, refiriendo dolor de tipo pleurítico. Por sospecha de complicación con derrame pleural se realizó radiografía de tórax frente que no mostró cambios con respecto a la previa y una ecografía pleural en la que se informó que no presentaba derrame. Se tomó nuevo laboratorio: Hto 33% Hb 11gr/l, GB: 5.900 (81/15), Plaquetas 160.00, VES 77, Concentración de Protrombina 63% KPTT 42" por lo que continuó con igual tratamiento.

Durante las siguientes 12 hs persistió febril pero agregó exantema macular difuso, no pruriginoso que se extendió hasta por debajo de las rodillas, normotensa, normoperfundida, mucosas ligeramente

secas, refiriendo sed y dolor de tipo pleurítico, por lo que por sospecha de Síndrome de Shock Tóxico pasó a UTIP.,

Allí se aumentó el aporte de oxígeno a máscara con reservorio a 12 litros pasando de una saturación de 93% con cánula nasal a una de 97%. Sus signos vitales en este momento eran de 138 lpm de frecuencia cardíaca, 48 rpm de frecuencia respiratoria, TAS 90 TAD 45, pulsos periféricos positivos y simétricos y relleno ungüeal <2". Se realizó expansión con solución fisiológica a 20 ml/kg EV y nueva ecografía pleural que informó: 27 mm de despegamiento izquierdo, nuevos hemocultivos y laboratorio: Hto 32%, Hb 10 gr/l GB: 9.200 (82/18), VES 90, Plaquetas 213.000, Urea 22 Creat 0,48 Na 141, K 3,3 Cl 107, Ca 8,8, Mg 2, P 3,7, TGO 22, TGP 10, Albumina 3,3; EAB: 7,21/37/108/14/-11/97%. Se mantuvieron medidas de sostén y 5 hs después ingresó a quirófano donde se extrajeron 600 cc de material purulento y se colocó tubo de avenamiento pleural izquierdo. Se agregó Clindamicina endovenosa a 30 mg/kg/día al esquema antibiótico.

En su evaluación a las 12 horas en UTIP la paciente estaba febril, saturando 99% (O₂ 10 litros con MR), FC 80x', FR 20 x', TAS 105 TAD 60, relleno ungüeal <2", reactiva, vigil. Comenzó con líquidos por vía oral con buena tolerancia. El tubo de avenamiento oscilando con 200 cc débito purulento.

A las 36 hs continuó febril, normotensa, normohidratada, normoperfundida, reactiva, vigil, sin vómitos, tubo con escaso débito purulento; y se recibió informe de cultivo líquido pleural positivo para *Streptococcus pyogenes*, hemocultivo 1 de 2 positivo para *Streptococcus pyogenes*.

Continuando con tratamiento endovenoso con Ceftriaxona y Clindamicina, pasó a Sala General. Permaneció 48 hs más con fiebre y requerimiento de oxígeno por CN. Luego se retiró el tubo de avenamiento y al 6° día de internación la paciente se encontraba afebril, saturando 98% aire ambiente, normohidratada, normoperfundida, en buen estado general. Permaneció internada para completar 14 días totales de antibióticos endovenosos.

3 CONCLUSIÓN

Ante la sospecha clínica de un Síndrome de Shock Tóxico, independientemente del agente etiológico, debe iniciarse el tratamiento correspondiente de manera precoz, el cual incluye principalmente la reanimación con líquidos y eventual soporte con inotrópicos, toma de cultivos e inicio de antibióticos de amplio espectro incluyendo a la Clindamicina (la cual inhibe la síntesis proteica y por lo tanto la producción de toxinas) asociada a Penicilina cubriendo *Streptococcus pyogenes* y una evaluación quirúrgica para posible drenaje del foco.

REFERENCIAS

Manual de emergencia y cuidados críticos en Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría.

BLANCO, Ana C. et al . Shock tóxico no menstrual por Staphylococcus aureus. Arch. argent. pediatr., Buenos Aires, v. 103, n. 5, p. 426-429, oct. 2005. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000500009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 nov. 2023.

Casos de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo a (Streptococcus pyogenes). Comunicación epidemiológica y circular de vigilancia. Ministerio de salud de Argentina. 2022.

Alerta por Infecciones causadas por Streptococcus pyogenes en niños. Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica. 2018 <https://sadip.org.ar/alerta-por-infecciones-causadas-por-streptococcus-pyogenes-en-ninos/>