



1º CONGRESSO SUL-AMERICANO, 2º CONGRESSO BRASILEIRO E 3º CONGRESSO PAULISTA DE
Urgências e Emergências Pediátricas
02 a 05 de maio de 2018 - Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo - SP

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome Do Choque Tóxico Por Streptococcus Pyogenes: Relato De Caso

Autores: ANDRESSA DE C. COUTINHO MONESI; KAREN FAVARIN ; TALITTA OLIVEIRA CARVALHO; EDUARDO PIOVEZANI ; MARCOS PAULO GUCHERT; RODRIGO V MARZOLA; DANIELI FRANCINE PASTRE; ALINE DE SOUZA RUSCH

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome do Choque Tóxico (SCT) por Streptococcus beta-hemolítico do grupo A (SBHGA) é uma doença com relevância significativa por apresentar evolução rápida para disfunção de múltiplos órgãos (DMO). OBJETIVO: Relatar um caso de SCT atendido na emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis-SC. METODOLOGIA: BBW, 7 anos, masculino, previamente hígido, deu entrada à emergência com queixa de otalgia à esquerda há 9 dias associado à cefaleia e inapetência. Evoluiu há 6 dias com febre, mialgia, prostração, icterícia, lesões hiperemiadas e dor em membro inferior direito (MID). Fez uso de ibuprofeno para dor. Sem história epidemiológica relevante. Na admissão, encontrava-se em regular estado geral, febril, desidratado, icterico, com abdome distendido, fígado à 6 cm do rebordo costal direito. Realizadas medidas de suporte iniciais, antibioticoterapia (Ceftriaxona e Oxacilina), adrenalina contínua e encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os exames revelaram leucocitose com desvio, hiperbilirrubinemia às custas de direta, insuficiência renal, aumento de transaminases e USG de MID com edema, sem coleções. Na UTI, iniciado Clindamicina e Imunoglobulina intra-venosa (IGIV). Paciente evoluiu com melhora clínica e normalização dos exames. Hemocultura evidenciou Streptococcus pyogenes multissensível, sendo suspenso Oxacilina e completado 14 dias de tratamento. RESULTADOS: A SCT por SBHGA é uma doença aguda, multissistêmica e mediada por toxinas. Apresenta uma incidência atual de 1-3 casos/100 mil habitantes/ano, com mortalidade em torno de 40%. É causada por toxinas produzidas pelo SBHGA, que agem como superantígenos. Esses, provocam uma superativação do sistema imune, promovendo uma reação inflamatória intensa. O quadro clínico se apresenta com febre, exantema, mialgia, hipotensão e DMO. As portas de entrada mais comuns são a pele e as mucosas. O diagnóstico é feito pelo isolamento do germe associado à hipotensão e envolvimento de 2 ou mais órgãos. A hemocultura positiva ocorre em 50% dos casos. Existe uma associação com infecção por varicela e uso de anti-inflamatórios. O tratamento consiste em estabilização hemodinâmica, antibiótico e monitoramento em UTI. O antibiótico de eleição é Penicilina associado à Clindamicina (inibidor de síntese proteica) por no mínimo 14 dias. A utilização de IGIV é um adjuvante na terapêutica, principalmente nos casos graves. CONCLUSÃO: Por representar a infecção mais temida pelo SBHGA, a SCT deve ser diagnosticada precocemente para um desfecho favorável.