



19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



Trabalhos Científicos

Título: Título: Síndrome Do Choque Tóxico- A Importância Da Suspeição Diagnóstica Precoce.

Autores: MILENA CONDE NOGUEIRA PIRES; IANE DE SANTANA MORAIS; KARINA GUIMARÃES MENDONÇA MARQUES; BEATRIZ VASCONCELLOS DE SOUZA; MAYARA ARAUJO DE MOURA FRAZÃO

Resumo: Introdução: A síndrome do choque tóxico (SCT) é uma doença multissistêmica onde as manifestações clínicas decorrem da produção de exotoxinas bacterianas que funcionam no organismo humano como superantígenos, com destaque para a toxina-1 do choque tóxico estafilocócico (TSST?1) e para as toxinas pirogênicas estreptocócicas. A síndrome do choque tóxico estafilocócico é causada pelo uso de tampões, infecções de ferida cirúrgica, mastite, osteomielite, artrite, queimaduras, infecções de subcutâneo e infecções de vias aéreas. A SCT está associada a elevada mortalidade, cerca de 30%, havendo maior risco em idades inferiores a cinco anos e superiores a sessenta e cinco anos, em pacientes com diabetes mellitus, doenças pulmonares ou cardíacas crônicas e imunodeficiências. O diagnóstico é, sobretudo, clínico, através de critérios para definição de síndrome do choque tóxico estafilocócico que são febre, exantema macular difuso, descamação, hipotensão e envolvimento de pelo menos três órgãos e sistemas, além de culturas e sorologias negativas. O tratamento, a prioridade deve ser o suporte intensivo e a terapia antimicrobiana empírica deve incluir um beta-lactâmico com atividade anti-estafilocócica e um inibidor de síntese proteica. Deve ser considerado o uso de imunoglobulina intravenosa (IGIV), principalmente nos pacientes refratários às medidas terapêuticas iniciais. Relato do Caso: Paciente J. P. F. S., 11 anos, sexo masculino, natural e procedente de Valparaíso-GO. Internou pelo pronto socorro pediátrico, com história de febre, cefaleia, inapetência, diarreia sem sangue ou muco (4 a 8 episódios/dia) e vômitos (3 episódios/dia) iniciados há 7 dias, admitido em estado grave, desidratado, febril, taquipnéico, taquicárdico, sonolento, anúrico, sudoreico, hipotenso, com hiperemia conjuntival e queixa de mialgia e cefaleia. Realizado à admissão, expansão volêmica, iniciada adrenalina e antibioticoterapia com ceftriaxona. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e desconforto respiratório, mantendo hipotensão apesar do uso de drogas vasoativas, optado por intubação orotraqueal e encaminhado à unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Observado aos exames iniciais, importante acidose metabólica, aumento de escórias nitrogenadas e leucocitose com desvio a esquerda (bastões 31%). Na UTIP evoluiu com melhora da injúria pré-renal e do quadro gastrointestinal, porém em uso de altas doses de adrenalina e noradrenalina para controle pressórico, além de persistir quadro febril, apesar do uso de antibiótico. Observado no sexto dia de internação a descamação palmo-plantar, sendo diagnosticado com choque tóxico, e iniciado imunoglobulina endovenosa e associado clindamicina. Criança evoluiu com melhora clínica rápida e progressiva, com controle pressórico e afebril. Comentário: Observado que apesar das mudanças na epidemiologia e do progresso no conhecimento da patogênese da síndrome do choque tóxico nos últimos anos, continuam imprescindíveis o diagnóstico precoce, que é basicamente clínico, o suporte intensivo, a drenagem dos sítios de infecção e a terapêutica específica adequada.