



3º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
**Urgências e  
Emergências  
Pediátricas**

24 a 26 | novembro | 2022  
Hotel Windsor Oceanico  
Rio de Janeiro, RJ



## Trabalhos Científicos

**Título:** Síndrome Do Choque Tóxico Em Pré-Escolar

**Autores:** CAMILA MORAES DE MELLO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), JULYANE REZENDE DE FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), LETÍCIA THOMAZ SANTIAGO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), MYRLA DE PAULA LANZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), IZABELLA PAES GONÇALVES DE PAULA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), MAYARA PRIORI DE SOUZA RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), ANA CAROLINE DAHMER DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), AMANDA PAULA RODRIGUES NEVES DUARTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), MELINA CHAVES DOS SANTOS SKIBINSKI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), ANA JULIA NASCIMENTO LEITE PAREDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: Síndrome do choque tóxico é uma doença rara e potencialmente fatal. Caracterizada por febre, erupção cutânea, hipotensão e envolvimento de múltiplos órgãos. Reflete a forma mais grave da doença causada por toxinas de *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. OBJETIVO: Por ser uma síndrome com rápida evolução e alto risco de morbidade e mortalidade, é primordial o diagnóstico precoce. MÉTODO: Estudo de caso com coleta de dados através de prontuário. RESULTADO: Pré-escolar, 3 anos e 6 meses, previamente hígido, iniciou quadro de astenia, tosse seca e febre, sendo diagnosticada amigdalite e prescrito antibioticoterapia e sintomáticos. Evoluiu com dor e distensão abdominal, rash pruriginoso e anasarca, sendo abordado caso em emergência como anafilaxia. Não apresentou melhora do quadro com abordagem inicial com fluidos, sendo indicada admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Inicialmente apresentava hipotensão, hipoperfusão de extremidades, e cianose fixas em pododáctilos, a despeito do uso de noradrenalina. Exames com anemia, reação leucemóide ( $41.380$  leucócitos/ $\text{mm}^3$ ), neutrofilia ( $25.240$  neutrófilos/ $\text{mm}^3$ ), desvio à esquerda ( $26\%$  de bastões –  $10.760/\text{mm}^3$ ), plaquetopenia severa ( $20.000/\text{mm}^3$ ), ureia  $51\text{mg/dL}$ , creatinina  $0,8\text{mg/dL}$ , hipoalbuminemia de  $1,9\text{mg/dL}$ , TGO aumentado, hiperbilirrubinemia direta ( $4,4\text{mg/dL}$ ), CPK ( $335\text{U/L}$ ) e troponina ( $87,9\text{U/L}$ ) aumentadas, SARS-COV2 negativo. Evoluiu com choque hipotensivo refratário, com rebaixamento do nível de consciência, necessitando de intubação orotraqueal. Manteve hipotensão limítrofe, em uso de múltiplas aminas, edema endurecido, oligúria, sem resposta a colóide e diurético, iniciou diálise peritoneal, com baixo funcionamento. Apresentava sufusões hemorrágicas e áreas extensas de gangrena. Evoluiu para óbito após 16 dias do início do quadro. CONCLUSÃO: A síndrome relatada apresenta evolução fulminante, e o desfecho favorável depende do reconhecimento precoce e rápida instituição da terapia. O manejo inclui estabilização hemodinâmica, terapia antimicrobiana e o uso de imunoglobulina como estratégia adjuvante.