



22 A 26  
DE OUTUBRO  
DE 2024  
FLORIANÓPOLIS - SC



## Trabalhos Científicos

**Título:** Síndrome Do Choque Tóxico: A Importância Do Diagnóstico Precoce E Tratamento Eficaz

**Autores:** PAULA LOPES DE SOUZA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), GABRIELA GREGÓRIO VILARES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANNA CAROLINNE CORRÊA DOS SANTOS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), BRUNA CARDOZO MELO DE ALMEIDA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUCCA ALVES PIERUCETTI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), AMANDA LESSA MARTINS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), CARLA VENÂNCIA AGUILAR SANTOS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANNA CAROLINA MISCOLTY E SILVA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LARA XAVIER BAZOTTI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LARISSA DO AMARAL CONRAD (SANTA CASA DE SÃO PAULO), JESSIKA ARAÚJO FERREIRA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), GABRIELA MOTTA MEDRADO SAMPAIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM HAFID FONSECA MACHADO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANA FLÁVIA TORRES SAMPAIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCO AURÉLIO PALAZZI SAFADI (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

**Resumo:** A Síndrome do Choque Tóxico (SCT) é uma condição grave, potencialmente fatal, mediada por exotoxinas bacterianas, com destaque para o *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. Seu reconhecimento precoce é fundamental para iniciar o tratamento adequado e otimizar o prognóstico. Paciente, sexo feminino, 5 anos, hígida, com história de trauma em tornozelo esquerdo associado a picada de aranha marrom no mesmo local, com surgimento de hiperemia, edema e dor. Inicialmente, prescrito apenas sintomáticos e uso de tala gessada. Evoluiu com queda do estado geral, febre e piora dos sinais inflamatórios locais. Após retirada da tala, evidenciado ponto de necrose em dorso do pé esquerdo, além de edema estendendo-se até região crural. Nos dias seguintes, paciente apresentou dispneia, dor torácica, anasarca e oligúria. Procurou novamente serviço de saúde externo, onde recebeu soro anti-aracnídeo e iniciado Ceftriaxona e Oxacilina. Evoluiu com sinais de choque, insuficiência respiratória aguda e necessidade de intubação orotraqueal. Após evidência de derrame pericárdico de grande volume com risco iminente de tamponamento cardíaco em ecocardiograma, foi submetida à pericardiocentese, com saída de 50ml de líquido purulento. Posteriormente, apresentou extensa vegetação pediculada em via de saída de ventrículo direito com necessidade de limpeza mediastinal. Além disso, realizada limpeza cirúrgica de lesão em membro inferior esquerdo e evidenciada osteomielite em tíbia esquerda, com cultura do fragmento ósseo positivo para *Staphylococcus aureus* oxacilina resistente, sendo modificada antibioticoterapia para Clindamicina e Vancomicina. Após 14 dias do início do quadro, apresentou descamação de mãos e pés. Devido à reação alérgica aos antibióticos, foi transacionado para Linezolida em monoterapia, finalizando 6 semanas de tratamento, com evolução satisfatória e alta hospitalar. A SCT estafilocócica produz principalmente a exotoxina TSST-1, que atua como superantígeno, levando a uma evolução rápida e progressiva para o choque. O diagnóstico é clínico, sendo critérios febre, descamação após 1 a 2 semanas, exantema macular difuso, hipotensão e envolvimento de múltiplos órgãos, e identificação da bactéria pela coleta de hemoculturas e culturas de possíveis sítios de infecção é fundamental. Neste caso, foi identificado o agente na cultura do fragmento ósseo, uma vez que a paciente evoluiu com osteomielite e endocardite (infecções invasivas). O tratamento envolve principalmente suporte hemodinâmico, além do desbridamento cirúrgico de focos. A escolha da antibioticoterapia envolve um beta-lactâmico com atividade anti-estafilocócica, por ser bactericida, e um inibidor de síntese proteica, a fim de diminuir a síntese da toxina. O caso relatado demonstrou um quadro de SCT estafilocócica relacionada a trauma e infecção cutânea local, cuja paciente evoluiu gravemente com infecções invasivas, exemplificando a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado.