



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Caso Provável De Síndrome Do Choque Tóxico Estreptocócico Em Escolar Após Trauma Inguinal: Um Relato De Caso

Autores: SARA FARIAS COSTA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), BEATRIZ SOBREIRA CAMILO SOARES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LEVI BASTOS GOMES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANÇOIS LOIOLA PONTE DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ANA TEREZA PARAHYBA ASFOR (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), CARLA SALLES GAZETA VIEIRA FERNANDES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), JOSÉ MIKEIAS LINHARES DE VASCONCELOS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ANA LUIZA TORQUATO DE AQUINO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), LIDIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ISABEL GASPAR MONTE (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), GUILHERME NOBRE CAVALCANTI LUCAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), REBECCA AZULAY MARTINS GONDIM (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Resumo: A síndrome do choque tóxico estreptocócico (STSS) é causada por infecção invasiva do *Streptococcus* do grupo A (GAS), e é ameaçadora a vida¹. Cursa com febre, hipotensão, disfunção multissistêmica, rash cutâneo e necrose de tecidos moles, formando critérios bem definidos que convergem em diagnóstico provável ou confirmado, a depender do sítio de identificação do patógeno¹. As taxas de mortalidade para STSS são altas³ e os fatores de risco incluem traumas, coinfeção com outros vírus como HIV, influenza, varicela. Paciente 7 anos, masculino, sofreu trauma inguinal por queda de bicicleta e evoluiu com celulite local que progrediu para fascíte necrosante em aproximadamente 48h. Necessitou de intervenção cirúrgica e foi admitido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em uso de ceftriaxona, oxacilina e clindamicina parenterais. Foi evidenciada disfunção renal (oligúria, [ureia 101, creatinina 1,2]), piúria estéril, pneumonia, distúrbio de coagulação [plaquetas 10.000, INR 1,41], elevação de transaminases [ALT 126, AST 52] e choque hipotensivo com necessidade de vasopressores. Após debridamento local para retirada de áreas necróticas, lesão evoluiu com fundo úmido e exposição de camada muscular. Após 9 dias de internamento em UTI, criança foi admitida na enfermaria, onde suspeitou-se de síndrome do choque tóxico estreptocócico. Na ocasião, possuía hemoculturas sem crescimento de germes, coletadas após início de antibioticoterapia. Concluiu 9 dias do plano antimicrobiano anterior, porém mantinha febre diária e foi trocado esquema para vancomicina e piperacilina-tazobactam. Em pesquisa para identificação de *Streptococcus* do grupo A, apresentou Anticorpo antiestreptolisina O (ASO) elevado [2100 UI/tml, VR < 200 UI/ml]. Paciente evoluiu com resolução das disfunções em múltiplos órgãos e sistemas, e atualmente encontra-se em tratamento de complicações da infecção profunda de tecidos, em uso de antimicrobianos sistêmicos e intervenções da estomatoterapia. Na STSS, é prioridade o controle do foco infeccioso, normalmente partes moles (fascíte necrosante, miosite), com antibioticoterapia de amplo espectro (posteriormente direcionada uma vez que o patógeno é identificado em culturas) e intervenção cirúrgica se necessário, tem-se o papel dos adjuvantes no tratamento - clindamicina (suposta inibição da produção de toxinas) e a imunoglobulina humana (IVIg) (hipótese de efeitos anti-inflamatórios e imunomodulatórios)⁸³⁰⁹. O reconhecimento da STSS ainda pode ser difícil e ocorrer apenas retrospectivamente, visto que os critérios diagnósticos tendem a ser mais específicos do que sensíveis. É necessário aumentar o nível de suspeição para indivíduos com risco elevado para STSS, especialmente para coleta precoce de culturas de diversos sítios e tratar de maneira apropriada essa condição com alto potencial de gravidade. O atraso no diagnóstico pode levar a desfechos clinicamente negativos¹, além de contribuir para a subnotificação da patologia.