

# SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO

Albert C, Ruipérez C, Jiménez M, Gomis A, Santana I, Gambín C, Díez de Revenga G

## Introducción

El síndrome de shock tóxico (SST) es un cuadro grave de inicio agudo, causado por bacterias productoras de toxinas: *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*. Es una enfermedad causada por superantígenos bacterianos que ponen en marcha una respuesta sistémica que cursa con fiebre, exantema, hipotensión, fallo multiorgánico y posterior descamación.

La infección por *Streptococcus pyogenes* origina cuadros clínicos muy variables, desde una faringoamigdalitis aguda a infecciones invasivas, siendo estas últimas más frecuentes en pacientes preescolares debido a que el diagnóstico de infección estreptocócica es más complicado. El síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTS) es una entidad infrecuente en pediatría, no obstante, su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. Con fecha 2 de diciembre del 2022 se publicó una alerta en Reino Unido sobre el aumento de las infecciones por *Streptococcus pyogenes*, tanto de las infecciones de vía aérea superior como de las infecciones invasivas por esta bacteria, objetivándose este aumento también en nuestro país.

## Caso Clínico

Paciente de 4 años que consulta en urgencias de hospital terciario por fiebre de 5 días de evolución en el contexto de infección por Influenza A, con sobreinfección con foco ORL y vómitos. Presenta regular estado general con palidez cutánea, sequedad de mucosas, faringe hiperémica y exantema generalizado sin descamación. Exploración neurológica normal. Se extraen cultivos, hemograma y bioquímica. Ante inestabilidad hemodinámica, con cifras de tensión arterial de 94/47 mmHg y oliguria, se administra expansión de volumen.

En la analítica sanguínea destaca urea 53mg/dL, Cr 0,82 mg/dL, PCT 42,40 ng/mL, PCR 31,5 mg/dL, 17.000 leucocitos con 91% de polimorfonucleares, I.Quick 54% . Se aísla *Streptococcus pyogenes* en frotis faríngeo, resto de cultivos normales.

Ante sospecha de shock tóxico estreptocócico, se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima, vancomicina, clindamicina, corticoides y se administran inmunoglobulinas.

Tras el inicio del tratamiento de soporte presenta disminución de reactantes de fase aguda, con normalización de parámetros de función renal y de la coagulación. Durante el ingreso se objetiva descamación en palmas y plantas, así como alteración del esmalte dentario. Finalmente presenta evolución favorable y puede ser dada de alta tras completar 10 días de tratamiento antibiótico intravenoso.

## Conclusiones

El SSTS es una enfermedad grave e infrecuente en pediatría. La sospecha diagnóstica es fundamental, siendo necesario realizar un buen diagnóstico diferencial para poder tratarlo precozmente y evitar así el desarrollo de complicaciones. Parece que las inmunoglobulinas actúan neutralizando los superantígenos, disminuyendo la intensidad de la respuesta inflamatoria.

### Criterios diagnósticos de SST en nuestra paciente

-Fiebre > 38,9 °C

-Exantema: eritrodermia macular difusa

-Descamación macular principalmente en palmas y manos 1-2 semanas tras el comienzo del cuadro

-Compromiso multiorgánico:

- Gastrointestinal: vómitos
- Mucosas: orofaríngea
- Renal: aumento de la urea o creatinina sérica (urea 53mg/dL, Cr 0,82 mg/dL)

-Pruebas microbiológicas:

- Hemocultivos y cultivo de LCR: Negativo
- Serologías negativas para sarampión y leptospiras

Caso confirmado: cumplimiento de 6 criterios, incluido la descamación