

Estudio de caso

Shock tóxico estreptocócico en contexto de asalto

Julio Moscoso Castrillón¹*, César Robles Pradenas¹, Camilo Díaz Valdebenito¹.

1. Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

*Correspondencia: julius.moscosoc@gmail.com

Introducción: El síndrome de *shock* tóxico estreptocócico (STS) en un cuadro infrecuente producido por el efecto superantígeno del estreptococo B hemolítico del grupo A, principalmente de la proteína M la cual induce la producción de mediadores de la inflamación generando *shock* distributivo con falla orgánica comprometiendo la piel, el riñón y la médula ósea entre otros, pudiendo generar incluso la muerte. Se presenta el caso de un paciente con puerta de entrada por trauma violento que desarrolla *shock* tóxico estreptocócico. **Descripción del caso:** Hombre de 59 años portador de infección por VIH en terapia antirretroviral exitosa (ABC/LMV/DTL). Sin otros antecedentes mórbidos conocidos. Recibe golpe contuso en zona fronto-parietal derecha luego de robo con violencia sin complicaciones profundas, evoluciona con lesiones costrosas gruesas no melicéricas, sin sangrado ni desarrollo de vesículas. Posteriormente presenta cuadro de compromiso de estado general (astenia, adinamia e hiporexia) acompañado de fiebre hasta 39°C y rash eritematoso cutáneo generalizado (cuello, tórax y abdomen). A su ingreso desorientado, frecuencia cardiaca: 110x, presión arterial 80/40, frecuencia respiratoria 25, saturación de oxígeno de 95%, sin uso musculatura accesoria, temperatura axilar 38°C, llene capilar enlentecido. Dentro de sus exámenes destaca: Hb: 13 VCM 88 Leucos 15.000 PMN 80% Linf 10% PlaQ 200.000 Crea: 5,1 Bun 80 Na: 140 K: 4 Cl: 112 Ac Láctico: 38 mg/dl gases arteriales → pH: 7,28 pCO₂: 32 Bic 17 BE-6 Procalcitonina: 47 Tnl 25 pruebas hepáticas normales INR: 1,3 ECG: Taquicardia sinusal sin signos de isquemia, Ecoscopia cardiaca: GC conservado sin trastornos de la motilidad segmentaria sin derrame pericárdico ni valvulopatías. VCI colapsable. Hemocultivos I y II: Cocáceas gram + en cadena. Se inicia terapia antimicrobiana con Ceftriaxona/ Clindamicina la cual se optimiza a penicilina G/Clindamicina al tener certeza respecto al cultivo que informa: *Streptococcus pyogenes* requiere VMI y NAD hasta 0,25 y manejo de soporte logrando mejorar parámetros inflamatorios y función renal sin requerir TRR. Logra ser extubado luego de 6 días y actualmente se encuentra estable con regresión de las lesiones en piel las cuales se han vuelto descamativas. **Discusión:** El STS es una entidad grave y que no depende de la lesión inicial que provoca el cuadro, se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes con trauma reciente e inmunosuprimidos que desarrollan hipotensión y rash cutáneo sobre todo acompañados de falla renal desproporcionada. En este caso el paciente sufre golpe violento en contexto de delincuencia desarrollando posteriormente un cuadro grave de STS. Afortunadamente se logra el diagnóstico oportuno y el manejo ATB adecuado contra el agente en cuestión (Penicilina G + Clindamicina) logrando su mejoría clínica. Se debe tener en cuenta terapias que aún se encuentran en estudio y deben ser individualizadas como inmunoglobulina G y plasmaferesis.