

SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO



Carina Leão de Matos – R2
Hospital Regional da Asa Sul/SES/DF
www.paulomargotto.com.br
Brasília, 11 de julho de 2011

Definição

- ▶ Doença aguda caracterizada por: febre, hipotensão, eritrodermia difusa, descamação e envolvimento de pelo menos 3 sistemas de órgãos.
- ▶ Complicações pulmonares, cardíacas, renais e sangramentos.



Etiologia

- ▶ *Staphylococcus aureus* produtores de toxina 1 (TSCT-1) ➡ relacionada com o uso de absorventes internos
- ▶ Estreptococos do grupo A, em especial o *Streptococcus pyogenes* produtores de toxinas ➡ relacionada com varicela
- ▶ Gram negativos, como a *Neisseria meningitidis* ➡ relacionada com deficiência de complemento.



Incidência e Mortalidade

- ▶ Incidência: 3,4:100.000
 - 60% dos casos em mulheres jovens que menstruam

**Doença pouco
prevalente?**

- ▶ ... de acordo com o

... os relacionados à
menstruação e 5,5% aos não relacionados.

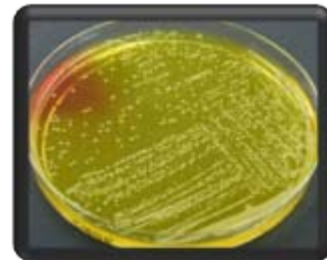
- Estreptococos do g
nos pacientes que

50%
osante.

**Ou
Subdiagnosticada
subdiagnosticada?**

Histórico

- ▶ Descrita pela primeira vez em 1978 com casos pediátricos, associados a *S. aureus*
- ▶ Incidência aumentou em 1980 com descrição de 812 casos relacionados com a menstruação, pelo uso de absorventes internos
- ▶ Em 1987, descrita uma doença semelhante, mas causada por estreptococos
- ▶ Em 2000 aumentou novamente a incidência e foram relatados casos não relacionados ao período menstrual



Epidemiologia



- ▶ Sínd. do Choque Tóxico Estafilocócico
 - casos menstruais – 90% → 50% – uso de tampões
 - casos não menstruais – 50% – infecções de ferida cirúrgica e pós-parto, mastite, septorrinoplastia, sinusite, osteomielite, artrite, queimaduras, infecções cutâneas e de subcutâneo, infecções de vias aéreas (Influenza) e enterocolite
- ▶ Sínd. Do Choque Tóxico Estreptocócico
 - Extremos de idades, portadores de doenças crônicas
 - Uso de AINES (?)
 - Traumas e procedimentos cirúrgicos



Patogênese

Normalmente não é imune ou é imunocomprometido



Colonização por germe produtor de toxina-1



Grande liberação de citocinas inflamatórias – Febre, rash



Hipotensão



Choque e Falência de múltiplos órgãos
(cerebral, hepática, renal e pulmonar)

Condições de crescimento focais

- pH neutro
- pCO₂ alta
- pO₂ “aeróbica”

Manifestações Clínicas

- ▶ Febre
- ▶ Calafrios
- ▶ Mialgia importante
- ▶ Vômitos ou Diarréia
- ▶ Alterações na mucosa – hiperemia ou ulcerações
- ▶ Oligúria, piúria
- ▶ Alterações neurológicas – desorientação, rebaixamento de consciência
- ▶ Rash cutâneo – eritema macular difuso











Critérios Diagnósticos – SCT Estafilocócico

Febre – Tax $\geq 38,9^{\circ}$ C

Hipotensão: PAS < 90 mmHg (adultos) ou < p50 p/ idade em menores de 16 anos OU queda da PAD \geq a 15 mmHg com a mudança de decúbito

Rash cutâneo: eritrodermia macular difusa

Descamação: 1 a 2 semanas após o início da doença – palmo plantar

Envolvimento de 3 ou mais órgãos e sistemas:

–gastrointestinal: vômitos ou diarreia

– muscular: mialgia ou aumento de CPK 2x acima do limite

– mucosas: orofaringe, vagina e conjuntiva

– renal: uréia e creatinina > 2x o limite OU leucocitúria > 5 p/c

– hepático: BT, TGO ou TGP >

– hematológico: plaquetas < 1

– SNC: alterações no nível de
hipotensão

Critérios laboratoriais:

- Culturas negativas (para outros patógenos)
- Sorologias negativas: sarampo, rubéola e febre das Montanhas Rochosas

Caso provável – O que não possui um dos critérios

Critérios Diagnósticos – SCT Estreptocócico

Quadro com as seguintes manifestações nas primeiras 48h de evolução:

Hipotensão

E envolvimento de 2 ou mais órgãos e sintomas:

- renal: creatinina $2x$ o limite superior
- hematológico: plaquetas < 100.000 ou CIVD
- hepático: BT, TGO ou TGP $> 2x$ o limite
- necrose de partes moles
- exantema macular
- Síndrome da angústia respiratória

Critérios laboratoriais:

- Isolamento do germe

Caso provável – O que não preenche todos os critérios

Diagnóstico Diferencial

- ▶ Dengue
- ▶ Doença de Kawasaki
- ▶ Meningococemia
- ▶ Reações cutâneas a drogas
- ▶ Síndrome de Stevens–Johnson
- ▶ Leptospirose
- ▶ Febre tifóide
- ▶ Choque séptico
- ▶ Sarampo



Tratamento

▶ Terapia de Suporte

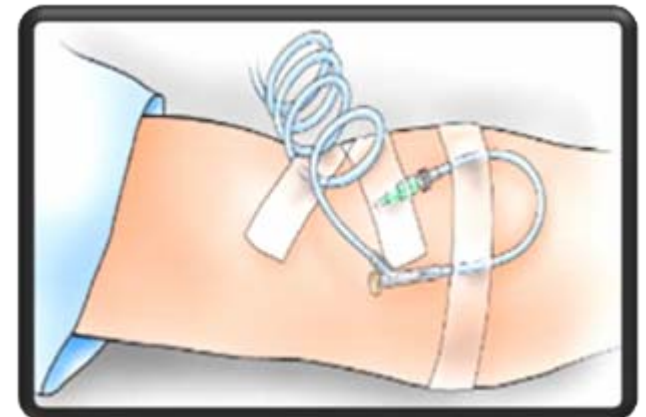
◦ **TRATAR O CHOQUE!**

- ABCDE
- Hidratação rigorosa
- Manter débito cardíaco – Drogas vasoativas, se necessário



▶ Tratamento Cirúrgico

- Debridamento do tecido necrótico
- Drenar – se abscesso



Tratamento



▶ Antibioticoterapia

- **CLINDAMICINA** + Oxacilina ou Vancomicina
- Se MRSA: **CLINDAMICINA** + Vancomicina ou Linezolida
- 10 a 14 dias

Porque Clindamicina?

Lembrar que o mecanismo de ação é a inibição da síntese protéica e, portanto, a síntese de toxinas!

Tratamento

- ▶ Erradicação do *S. aureus* – Mupirocina 2x/dia por 05 dias
- ▶ Imunoglobulina (?)
 - Um relato de caso com falha do ATB e melhora após 200mg/kg de Ig por 5 dias
- ▶ Corticóide
 - Um estudo com 45 pacientes mostrou redução na gravidade e duração da febre com metilprednisolona 10 a 30 mg/kg/dia
 - Não difere na mortalidade
 - Mesmo assim, não é recomendado



Prognóstico

- ▶ Favorável
- ▶ Dependente da idade e das comorbidades
- ▶ Risco de recidivas – menor gravidade





**Vamos
cuidar das
nossas
crianças!!**



Obrigada!

