

# SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO (SST) Y SECUKINUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Arguménez García D<sup>1</sup>, Moreno Puerto L<sup>1</sup>, Silva Hernández M<sup>1</sup>, De Miguel Lavisier B<sup>1</sup>, Aracil Santos FJ<sup>2</sup>, De Ceano-Vivas La Calle M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría Hospitalaria, Hospital Universitario La Paz. Madrid

## CASO CLÍNICO: ANAMNESIS

Niña de 6 años, en tratamiento con **secukinumab** desde hace 2 semanas por **psoriasis en placas** (Imagen 1), acude a Urgencias por **fiebre, eritrodermia y malestar general**. No otra sintomatología.

**Imagen 1.** Lesiones de psoriasis en placas.



**Imagen 2.** Bultoma en pierna derecha.



**Imagen 3.** Absceso que precisa drenaje.

### URGENCIAS

**TEP alterado**, mala perfusión periférica  
**Hipotensión (TA: 97/47)**  
**Exantema micropapular** más intenso en ingles y axilas, hiperemia conjuntival y edema palpebral, faringe muy hiperémica.

Estreptotest negativo.  
Analítica: leucocitosis-neutrofilia (14900 células/mcL), hipoalbuminemia (3.3 g/dL), elevación de **PCR (130 mg/L)** y **PCT (2.54 ng/mL)**, pH 7,34 y lactato 2,2 mmol/L.

**Expansión con SS0.9%** a 20 mL/kg, con respuesta parcial.  
Se inicia **cefotaxima, vancomicina y clindamicina**.  
Ante la **sospecha de SST** ingresa en Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI).

### UCI Y PLANTA (5 días)

Recibe **soporte inotrópico y gammaglobulina intravenosa**.  
Ante la duda diagnóstica con Enfermedad de Kawasaki (EK) se añade **ac. acetilsalicílico y metilprednisolona**.

Se aísla **S. aureus meticilin-resistente** en frotis conjuntival, con aspirado nasofaríngeo negativo para virus respiratorios.  
**Hemocultivo y urocultivo estériles**.

**ALTA** con cefuroxima, rifampicina, prednisona y ácido acetilsalicílico orales, suspendiéndose el tratamiento con secukinumab.

### TRAS EL ALTA

**A las 48 horas** consulta por bultoma en pierna derecha, fluctuante, eritematoso y doloroso (Imagen 2).  
**Absceso** que precisa drenaje (Imagen 3), se aísla **S. aureus meticilin-sensible**. Cambio de cefuroxima por levofloxacino.

**Evolución tórpida del absceso** (2º drenaje + antibioterapia durante 1 mes).  
Ecocardiografías de control: **ausencia de aneurismas coronarios**, suspendiéndose el tratamiento antiagregante.

Resolución del absceso **sin nuevos signos de infección**.  
Se mantiene sin lesiones de psoriasis durante 5 meses.

## DCO FINAL: SST ESTAFILOCOCO EN CONTEXTO DE TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB

### ¿SECUKINUMAB?

**Anticuerpo de tipo IgG1/k monoclonal**, íntegramente humano.  
Se une selectivamente y **neutraliza la interleuquina 17A**.

Indicaciones:

- **Psoriasis moderada/grave**
  - Artritis psoriásica con mala respuesta.
  - Espondilitis anquilosante con mala respuesta.
- Aumento de infecciones** bacterianas, víricas y fúngicas en piel y mucosas.

### CONCLUSIONES

- Sospechar un SST ante un paciente que se presente en Urgencias con **eritrodermia febril y afectación del estado general**.
- El **diagnóstico diferencial** entre SST y EK puede ser difícil.
- Es necesario tener en cuenta el **mecanismo de acción de los nuevos fármacos biológicos** para prever sus complicaciones.
- El uso del **inhibidor de la IL-17** puede favorecer las infecciones por *S. aureus* por lo que debemos estar alerta durante su administración.