

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Eritrodermia y fiebre: Síndrome del Shock Tóxico Estafilocócico

Di Franco Sio PG, Pérez Sáez MA, Imaz Murguiondo M, Iparraguirre Rodriguez S, Pacho Beristain N, Calzada Barrena J. *Hospital de Zumarraga. Gipuzkoa.*

INTRODUCCION:

La eritrodermia, o inflamación de más del 90% de la superficie corporal, puede ser debida a múltiples causas. El diagnostico de presunción inicial tiene que incluir las causas realmente urgentes, que pueden comprometer la evolución hacia un cuadro fatal.

El síndrome del shock tóxico (SST) es una enfermedad rara originada por la producción de superantígenos como la exotoxina TSST-1 que libera el estafilococo aureus, las toxinas eritrógenas A, B y C del Streptococcus pyogenes, pero también es producido se ha descrito con otros gérmenes, que no se neutralizan con antibióticos, y que activarían exageradamente la cascada de inflamación. Dando lugar a un cuadro sistémico agudo y grave, que se caracteriza por fiebre alta, erupciones cutáneas seguidas por descamación, hipotensión, vómitos y diarrea y posiblemente conducente a un fallo orgánico multisistémico y la muerte en 1-6% de los pacientes

MATERIAL Y METODOS:

Presentamos un caso clínico con evolución hacia Shock de un paciente con eritrodermia y fiebre.

CASO:

Niño de 5 años, con fiebre alta y exantema desde hace 48 horas. Dolor en muslo dcho. Diagnosticado de escarlatina ha tomado 3 dosis de amoxicilina. Acude al SUP por persistencia de la fiebre.

AP: Sano. Bien vacunado

EF: TEP; aspecto anormal. Tª 38,9°C, TA 91/61. Eritrodermia, dos lesiones con costrosa melicérica en espalda. Perfusión periférica normal. Dolor a la palpación en ingle y zona proximal de muslo derecho. ORL normal. Resto normal.

EC: HRF; 10.410 con desviación izda. PCR 170 mg/L, PCT 49 ng/ml. P. Coagulación normal.

Ingresa con tratamiento antibiótico (Cefotaxima y Cloxacilina). Fiebre persistente, a pesar de antitérmico, a las 12 horas empeoramiento con decaimiento, y disminución de la TA. Se administra expansión de SSF, con recuperación de la TA y se traslada a UCIP

Hemocultivo; Staphylococcus Aureus

Diagnóstico posterior de Osteomielitis del fémur



CONCLUSIONES:

Ante un paciente con eritrodermia y fiebre hay que pensar en SST en el diagnóstico diferencial y se debe mantener vigilancia estrecha de estos niños a pesar del tratamiento antibiótico, por la posibilidad de desarrollo de un Shock