Síndrome de Shock Tóxico, la importancia de un diagnóstico temprano. Reporte de un caso.

Andrés Mauricio Espinoza Reyes[1], Víctor Hugo Vásquez Gómez[1]

1. Hospital Regional Dr. Franco Ravera Zunino

Síndrome de Shock Tóxico, la importancia de un diagnóstico temprano. Reporte de un caso. Introducción El síndrome de shock tóxico (SST) es una infección grave potencialmente mortal causada por toxinas de Staphylococcus aureus o Streptococcus pyogenes del grupo A en su gran mayoría. Presentación del caso Mujer de 52 años sin antecedentes. Acude a urgencias por compromiso general, fiebre, mialgias, aumento de volumen en región infra axilar izquierda de más de 17 días. Se sospecha de una picadura de araña Loxosceles laeta inicialmente. Al examen físico, ingresó afebril, hipotensa, taquicárdica, normosaturando, hipoperfundida. Laboratorios, tabla 1. Se realiza tomografía, figura 1. Se reanima con fluidos y vasopresores con mala respuesta, se decide intubación emergente. Se administro cobertura antibiótica con ampicilina/sulbactam. Fue admitida en UCI por shock séptico con falla multiorgánica (FMO), requirió altos niveles de vasopresores. Debido a la sospecha de Loxocelismo, se realizó plasmaféresis y se administraron inmunoglobulinas (Ig). Amerito terapia de reemplazo renal (TRR) con diálisis y hemofiltración venovenosa continua (HFVVC), mejorando su estado de volumen y reduciendo la necesidad de vasopresores. Recibió cobertura antibiótica final con penicilina y linezolid. En el décimo tercer día de hospitalización se realiza gastrectomía total por necrosis gástrica, persiste estado neurológico comprometido, discoagulopatía marcada por sangrado activo abdominal postquirúrgico, gangrena en pies y manos más comprometidas, vasoactivos nuevamente al alza, se acentúa falla multiorgánica, llevando al fallecimiento de la paciente al décimo quinto día. Discusión Dada la gravedad del SST, la mayoría de los pacientes requieren atención en la UCI debido a la alta mortalidad y morbilidad asociadas. El manejo inicial debe incluir una anamnesis detallada, examen físico y pruebas de laboratorio, ya que los síntomas pueden estar enmascarados por otras patologías. Los pacientes suelen presentar FMO, evidenciado por niveles elevados de creatinina, plaquetas bajas, coagulopatía y enzimas hepáticas alteradas. El manejo del SST requiere un enfoque multidisciplinario, control rápido de la fuente de infección e inicio temprano de una terapia antibiótica efectiva, ajustada según protocolos hospitalarios o guías técnicas. Además, es importante no descuidar los cuidados de apoyo, como el uso de vasopresores, inotrópicos, TRR e Ig. Debido a la gravedad del SST, también se debe considerar el aumento de la morbilidad, como en el caso presentado, donde la paciente desarrolló discogulopatía y complicaciones digestivas que requirieron gastrectomía total. Conclusión El SST generalmente requiere cuidados intensivos debido a su agresividad. Su manejo debe ser multidisciplinario, enfocándose en una cobertura antibiótica temprana y efectiva, además del control de complicaciones para reducir la morbimortalidad temprana.