

SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO CON COMPROMISO MIOCÁRDICO Y FALLA MULTIORGÁNICA REVERSIBLE: REPORTE DE CASO

Francisca Castillo-navarrete¹, Joseline Fuentealba-garate¹, Jose Navarro-Araya¹, Pablo arellano-Graell¹, Cristobal DeMarta¹, Diego Lillo-Cuevas¹, Fernanda Cartes¹, Gabriel Concha¹, Roberto Benavente¹, Samuel Dominguez¹, Edgardo Figueroa¹, Barbara Cornejo¹, Benjamin ramirez¹, Juan Pablo blanco¹

1. Hospital de Villarrica

El shock toxico por *Streptococcus pyogenes* tiene incidencia de 3-9 casos/100 mil habitantes(1), la mortalidad alcanza el 70%(1) y su pronóstico depende del reconocimiento precoz, inicio temprano de ATB y soporte multisistémico, más el eventual uso de inmunomodulación.

CASO:

Mujer de 41 años, consulta por dolor urente de EEII derecha y fiebre. Orina inflamatoria. TAC evidencia enteritis y líquido periportal. Alta con Ciprofloxacino. Reconsulta por empeoramiento de síntomas y aparición de rash eritematoso en tórax. Ingresa en shock y falla multiorgánica.

SV:

FC 104, PA 71/47, PAM 51 con NAD a 0,2 ug/k/m.

LAB:

Lactato 8,5 mmol/l, Creat 2.89, Ph 7,2, Bccto 13,5, bili t 1.33 mg/dl, GOT 789, GPT 437, INR 3,17, CK 8970, Hb 10, PCR 434 y TropoT 927 ng/l.

ECOSCOPIA:

severa hipocontractilidad global, VCI pletórica. Se interpreta como shock séptico sin foco. Se pancultiva e inicia Ceftriaxona–Metronidazol. Sin respuesta a volumen, inicia vasopresina e hidrocortisona. Ingresa a UCI vigil, SOFA 13 pts, PA 80/67, PAM 70 (norep 0,5 ug/k/my vasopr 0,06 U/m), hipoperfusión con mottling 3°, rash eritematoso en tórax y una placa eritematoviolácea en muslo der. Se cambia vasopresina por adrenalina para apoyo de contractilidad, se intuba y conecta a VMI. Por comportamiento tóxico asociado a lesión cutánea descrita, se sospecha infección por *Streptococco*. Inicia Penicilina + Clindamicina. Panel neumonía (+) ADN de *Strep. pyogenes*. Evolucionan con alza de DVA y FOM progresiva. Inicia Inmunoglobulina. Se instala Picco. Por persistir cardiodepresión severa, se presenta caso a ECMO pero se desestima. Inicia HDFVVC y se cambia adrenalina por dobutamina. Logra aumentar gasto cardíaco, mejorar perfusión, suspender DVA y revertir disfunciones. Lesión cutánea evoluciona a necrosis, sin infección, se manejó con curaciones. Tras 2 semanas se extuba. Alta en buenas condiciones. En la esfera de humanización, se integró a la familia en todo el proceso, su esposo ejecutó piezas en violonchelo, favoreciendo un entorno terapéutico más cercano y humanizado.

DISCUSIÓN:

El caso ilustra la agresividad del shock tóxico streptocócico, con falla multiorgánica precoz y riesgo vital inminente. Tras utilizar terapia de 1° línea(2), se recurrió a terapias inmunomoduladoras. A través del tiempo se ha recomendado el uso de inmunoglobulina, demostrando en algunos metanálisis disminuir mortalidad(3) mediante su efecto neutralizante de antígenos. Por otro lado, el uso de HF de alto volumen y técnicas de hemoadsorción buscan reestablecer el equilibrio inmunológico mediante la eliminación de mediadores. Aunque se evaluó ECMO, su utilidad en shock séptico sigue siendo limitada y requiere mayor evidencia(4). En suma, tanto el reconocimiento precoz, el monitoreo avanzado, el uso de terapias ya descritas y la participación activa de la familia, reflejó la capacidad resolutoria de una UCI recientemente implementada frente a cuadro de extrema gravedad con resultados favorables.