

Síndrome del shock tóxico estreptocócico: ¿una enfermedad emergente?

Streptococcal toxic shock syndrome: an emerging pathology?

Sr. Editor:

El síndrome del shock tóxico estreptocócico (SSTE) es una entidad grave, englobada en el grupo de las enfermedades invasivas por estreptococo y definida por hipotensión precoz y fallo multiorgánico en relación con el aislamiento de estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBA), al menos en una localización estéril¹.

Aunque el SSTE se considera un proceso raro, en los últimos 20 años se ha comunicado un aumento progresivo de los casos de enfermedades invasivas por EBA en niños²⁻⁶, sin que la explicación definitiva de este incremento se haya aclarado^{5,6}. La incidencia de las enfermedades invasivas por EBA en Europa varía entre 0,4 y 4,8 casos/100.000 habitantes/año²; en Estados Unidos es de 3,5 casos/100.000 habitantes/año⁷. Dado que no es de declaración obligatoria y que España no participa en el proyecto europeo de investigación y vigilancia epidemiológica (Strep-EURO), la incidencia real de esta enfermedad es desconocida en nuestro país³.

Con el objetivo de estimar la incidencia del SSTE en España, se realizó una búsqueda retrospectiva de los casos atendidos en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) españolas, entre enero de 1997 y enero de 2007 (10 años). Se contactó con todas las UCIP del país, y se invitó a cubrir un formulario de datos por cada caso de SSTE atendido en el periodo de estudio. Se incluyeron también los casos publicados previamente^{3,8-11}.

Se recogieron 36 casos procedentes de 14 UCIP de distintas regiones, con una distribución anual variable, pero con un claro aumento en la segunda mitad del periodo estudiado, de modo que en los primeros 5 años (1997-2001) se registraron sólo 3 (8,3%) casos, mientras que en el periodo 2002-2007 se atendieron 33 (91,6%) (fig. 1). La media de edad de los pacientes fue 43,5 meses, con un intervalo entre 10 meses y 15 años. El 47,2% tenía menos de 2 años (fig. 2). Al inicio del proceso, todos los casos presentaban fiebre, y las demás manifestaciones fueron variadas y poco específicas: el 78,7% mostraba alteraciones neurológicas; el 70,5%, exantema; el 65,6%, clínica de tipo respiratorio; el 45,4%, manifestaciones gastrointestinales y el 19,3%, clínica articular. Durante la evolución, todos los casos desarrollaron alteraciones hemodinámicas de shock tóxico, con coagulopatía en el 81,8%, insuficiencia renal en el 40% y síndrome de dificultad respiratoria aguda en el 28,3%. La mortalidad fue del 38,8%, con un 53,8% de fallecimientos en las primeras 24 h tras el ingreso hospitalario.

Nuestro registro, aunque se ha realizado de forma retrospectiva y con inclusión voluntaria de casos, pone de manifiesto un incremento significativo de los casos de SSTE en España en los últimos años, de un modo paralelo a lo referido en otros países²⁻⁶. Es posible que haya algún sesgo relacionado con la falta de inclusión o pérdida de casos confirmados, aunque es poco probable, ya que los pacientes con SSTE suelen tener una clínica llamativa y un curso clínico complejo que los hace fácilmente distinguibles por los pediatras que los han atendido. Otra posibilidad sería

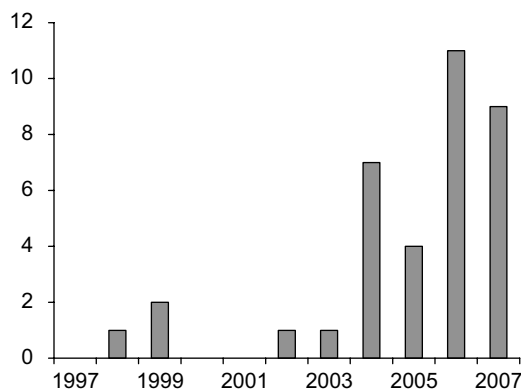


Figura 1 Evolución temporal del número de casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) entre 1997 y 2007.

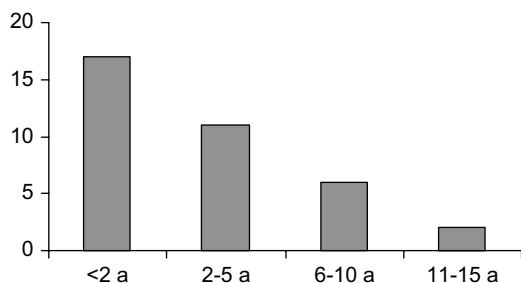


Figura 2 Distribución según la edad de los casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) en niños en España entre 1997 y 2007.

que algunos casos no hubieran sido diagnosticados y, por lo tanto, registrados; sin embargo, los criterios diagnósticos del SSTE están aceptados desde 1993 y son bien conocidos por los pediatras¹. Nuestros datos coinciden con los hallazgos observados en otros estudios sobre SSTE en niños, donde se observa que la mayoría de los casos se presentan en menores de 5 años; aunque en los últimos años ha aumentado su presentación en los primeros 2 años de vida¹²⁻¹⁴.

En cuanto a las posibles causas del incremento de la incidencia del SSTE, hasta el momento no se dispone de evidencias que expliquen este hecho. Se han descrito múltiples factores de riesgo para el desarrollo de un SSTE, como procedimientos quirúrgicos, lesiones o traumatismos cutáneos o musculares, infecciones virales recientes (como varicela o gripe)¹, aunque ninguno de ellos se ha mostrado más frecuente en los últimos años.

El incremento de la incidencia de las infecciones invasivas por EBA y, en concreto, del SSTE debe suponer un alerta para el pediatra, ya que inicialmente sus manifestaciones clínicas son inespecíficas (fiebre elevada, eritema escarlatiniforme, eritrodermia difusa, diarrea profusa, vómitos, alteraciones del nivel de conciencia, mialgias, artralgias, fascitis) y pueden hacer difícil el diagnóstico diferencial. Las alteraciones neurológicas iniciales, como somnolencia, alteración del sensorio desproporcionada con el resto de la clínica, junto con la aparición precoz de hipotensión y signos de alteración hemodinámica y disfunción orgánica, debe hacer pensar en el SSTE, que se confirmará tras el cultivo de EBA en uno o más líquidos o tejidos orgánicos^{1,2,15}. A pesar de la instauración de medidas de soporte vital y cuidados intensivos indicados, el SSTE es una enfermedad con una

mortalidad considerable, del 30–70% según las series¹⁴. En nuestra muestra, la mortalidad fue del 38,8%, cifra que debe ser relativizada teniendo en cuenta el número de casos analizados, pero que pone de manifiesto la potencial gravedad del proceso y la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoces.

Por lo tanto, concluimos que se está registrando un preocupante incremento de los casos de SSTE pediátricos en España, de causas no aclaradas. Dado que el SSTE no es una enfermedad de declaración obligatoria y España no está integrada en el sistema europeo de vigilancia epidemiológica, sería muy útil realizar estudios prospectivos para evaluar la incidencia real de esta enfermedad, así como la puesta en marcha de sistemas específicos de vigilancia epidemiológica de la enfermedad estreptocócica invasiva en nuestro país.

Grupo Colaborativo del Estudio del shock tóxico estreptocócico de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos

E. Sánchez Valderrábanos, J.D. López Castilla, C. Montero Valladares. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

J. López-Herce Cid. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

J.D. Toledo Parreño, V. Modesto i Alapont. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

C. Calvo Monge. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Donostia. San Sebastián.

J.A. Alonso Martín. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

P. Azcón González de Aguilar, J.L. Martínez Algar, C. González Hervás. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

A. Martín Torrecillas. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Costa del Sol. Marbella.

S. Moralo García, P. Torres Tortosa. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia.

C. Rey Galán, A. Concha Torre. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

T. Gili Bigatá, S. Sánchez Pérez. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí.

G. Milano Manso. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil de Málaga.

Bibliografía

1. The Working Group on Severe Streptococcal Infections. Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. Rationale and consensus definition. *JAMA*. 1993;269:390–1.
2. Lagmani T, Efstratiou A, Vuopio-Varkila J, Jasir A, Schalen C. The epidemiology of severe *Streptococcus pyogenes* associated disease in Europe. *Euro Surveill*. 2005;10:179–84.
3. Ortega-Mendi M, Martínez-Martínez L, González de Aledo-Linos A, Agüero-Balbín J, Vilorio-Raymundo L, Cano-García ME, et al. Brote de síndrome de shock tóxico estreptocócico en una guardería de Cantabria en 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:81–9.

4. Luca-Harari B, Ekelund K, Van der Linden M, Staum-Kaltoft MT, Hammerum AM, Jasir A. Clinical and epidemiological aspects of invasive *Streptococcus pyogenes* infections in Denmark during 2003 and 2004. *J Clin Microbiol*. 2008;46:79–86.
5. Vallalta Morales M, Soriano Navarro CJ, Salavert Lletí M, Montero Alonso M, Pérez Bellés C, López Aldegue J, et al. Group A streptococcal bacteremia: outcome and prognostic factors. *Rev Esp Quimoterap*. 2006;19:367–75.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Severe invasive group A streptococcal infections: a subject review. *Pediatrics*. 1998;101:136–40.
7. O'Loughin RE, Robertson A, Cieslak PR, Lynfield R, Gershman K, Craig A, for the Active Bacterial Core Surveillance Team, et al. The epidemiology of invasive group A streptococcal infection and potential vaccine implications: United States, 2000–2004. *Clin Infect Dis*. 2007;45:853–62.
8. Costa-Orvay JA, Caritg Bosch J, Morillo Palomo A, Noguera Julián T, Esteban Torne E, Palomeque Rico A. Síndrome de shock tóxico: experiencia en una UCIP. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:566–72.
9. López Álvarez JM, Valerón Lemaur ME, Consuegra Llapar E, Urquía Martí L, Morón Saén de Casas A, González Jorge R. Síndrome de shock tóxico estreptocócico letal en pediatría. Presentación de 3 casos. *Med Intensiva*. 2007;31:100–3.
10. Montero Schiemann C, Hervás Masip D, Herrero S, Filgueira A, García-Algas F, Roca A. Síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) fulminante con necrosis hemorrágica suprarrenal. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:409–30.
11. Martínez Antón A, Belda Hofheinz S, Ordoñez Sáez O, Llorente de la Fuente A, Ballesterio Díez Y, Casanueva Mateo L, et al. Síndrome de «shock» tóxico: a propósito de dos casos. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65:330–4.
12. Laupland KB, Davies HD, Low DE, Schwartz B, Green K, Mc Geer A. Invasive group A streptococcal disease in children and association with varicella-zoster infection. Ontario Group A, Streptococcal Study Group. *Pediatrics*. 2000;105:60.
13. Abuhammour W, Hasan RA, Unuvar E. Group A beta-hemolytic streptococcal bacteraemia. *Indian J Pediatr*. 2004;71:915–9.
14. American Academy of Pediatrics. Toxic Shock Syndrome. En: Pickering LK, editor. 2000. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000. p. 576–81.
15. Cawley MJ, Briggs M, Haith Jr LR, Reilly KL, Guilday RE, Braxton GR, et al. Intravenous immunoglobulin as adjunctive treatment for streptococcal toxic shock syndrome associated with necrotizing fasciitis: Case report and review. *Pharmacotherapy*. 1999;19:1094–8.

S. Dosil Gallardo^{a,*}, I. Jordan García^b, E. Morteruel Arizcuren^c y A. Rodríguez Nuñez^d

^aServicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bUnidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital San Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^cUnidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

^dServicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia.dosil@yahoo.es (S. Dosil Gallardo).