

# CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME FEBRIL Y SHOCK

Patricia Juárez Marruecos(1), M<sup>a</sup> Isabel Martínez Lorente(1), Laura Martínez Marín(1), Blanca Rodríguez Molina(1), Ana Lilia Hernández Pérez de Alejo(1), Juana Espín López(2).

(1) Hospital Rafael Méndez, Lorca.

(2) Hospital Universitario Arrixaca, Murcia.

## INTRODUCCIÓN

La identificación precoz de un niño con **fiebre y shock** es uno de los retos más importantes en un **Servicio de Urgencias** pediátrica ya que puede ser potencialmente grave y desarrollar fallo multiorgánico. En la mayoría de los casos la causa es **infecciosa** y el objetivo del pediatra es el establecimiento de una serie de medidas encaminadas a la estabilización y tratamiento precoz del niño. Sin embargo, en ocasiones, la causa es otra y con una **anamnesis, exploración física detallada e investigación dirigida** a descartar otras etiologías se pueden evitar retrasos diagnósticos.

## CASO CLÍNICO

**EA:** Paciente de 21 meses ingresa en Hospital comarcal por sospecha de infección bacteriana. Presenta **fiebre** de hasta 40<sup>o</sup> C de **48 horas de evolución** con rechazo de ingesta y **vómitos**. Estuvo en tratamiento con amoxicilina oral por sospecha de faringoamigdalitis aguda.

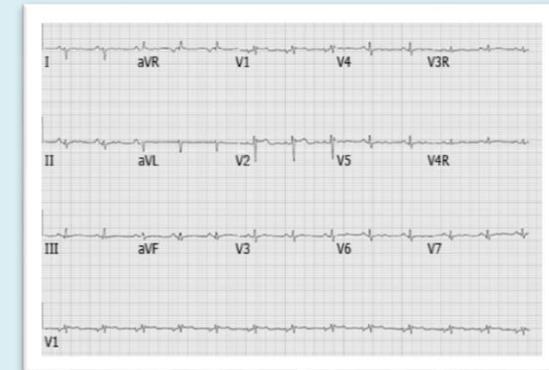
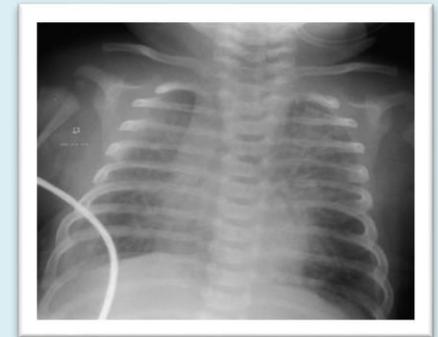
**EF:** TEP alterado por apariencia(irritabilidad).Hiperemia faríngea sin exudados.

**PC:** Análítica sanguínea: Bioquímica: **PCR 16.94 mg/dl, PCT 2-10 ng/ml.** Resto Normal. Hemograma: leucocitos 7.300(N77%, L 16.50%,M 4.10%).Hemoglobina 11.8 g/dl, Hto 35.6%,**Plaquetas 98.000.**Coagulación: : Tiempo de protrombina: 17.1 seg. **Actividad de protrombina 57%.**Fibrinógeno: 624 mg/dl. Anormal y sedimento: Negativo .Frotis de sangre periférica: Neutrofilia a expensas de neutrófilos vacuolados y refuerzo de granulación sugerente de cuadro infeccioso bacteriano. Trombopenia confirmada. Exudado S. pyogenes: Negativo .Rx de tórax: no condensaciones ni infiltrados. PCR Virus respiratorios: negativos. Hemocultivo y urocultivo: negativo.

**Evolución:** Ingreso hospitalario e inicio de antibioterapia con cefotaxima. A las 12 horas de ingreso comienza con **edema palpebral , hiperemia conjuntival y exantema maculopapuloso** en tronco y piernas. Asocia taquicardia a pesar de dos reexpansiones de SSF y aumento progresivo de reactantes de fase aguda.

Traslado a Hospital de referencia. A la 24 horas de ingreso(4<sup>o</sup> día de fiebre) signos de insuficiencia cardiaca ( ritmo de galope, edema agudo de pulmón y alteración de repolarización en ECG) por lo que junto con sospecha de Kawasaki se decide ingreso en UCIP.

En UCIP inicio de inmunoglobulinas, corticoterapia en bolos y AAS.



## CONCLUSIONES

Las enfermedades que asocian **shock** con **exantema cutáneo** son potencialmente graves y pueden desarrollar fallo multiorgánico.

Hacer un diagnóstico diferencial que oriente la terapia puede modificar su evolución y pronóstico final.

La **enfermedad de Kawasaki** por ser poco frecuente en nuestro medio, representa a veces un **reto diagnóstico**, especialmente en los casos de presentación atípica. La forma de debut de esta enfermedad con un cuadro de shock es excepcional, por lo que su diagnóstico se hace aún más complicado. Sin embargo, ante todo paciente con **shock cardiogénico**, debemos tener presente esta enfermedad como posible causa, para iniciar tratamiento específico lo antes posible.