

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Niño de 5 años que acude **por deterioro del estado general** en contexto de **fiebre de 5 días** de evolución. Asociaba: hiperemia conjuntival sin exudado, hiperemia de mucosa oral, erosiones en mucosa labial, enrojecimiento del pene y escroto, ictericia mucocutánea, coluria sin acolia y adenopatía laterocervical izquierda.



Figura 1. Hiperemia conjuntival bilateral no exudativa

## MANEJO EN LA URGENICA

### SECUENCIA ABCD

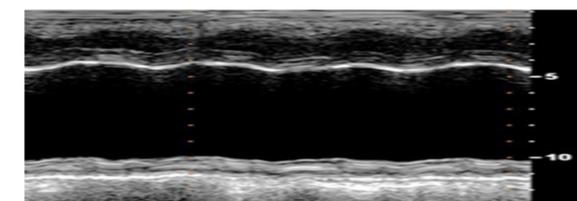
- **A:** vía aérea permeable.
- **B:** no signos de dificultad respiratoria. Polipnea 30 rpm. Buena ventilación bilateral. No ruidos sobreañadidos.
- **C:** buena perfusión bilateral. Pulsos + +/++. **Relleno capilar > 2 seg.** FC 125 lpm, TA 69/43 mmHg.
- **D:** Decaído. CGS 15.
- **E:** Afebril, enantema, eritema escrotal, no otro exantema.

### ESTABILIZACIÓN

- Se canalizan **2 accesos venosos**.
- Se extrae analítica completa + muestras microbiológicas.
- 2 expansiones de SSF bajo **ecocardiografía funcional** en la que se objetiva hipocinesia.
- Se inicia en los 30 primeros minutos **cobertura antibiótica con cefotaxima y clindamicina**.

### SHOCK CARDIOGÉNICO

- ECG: taquicardia sinusal
- Ecocardiografía reglada: **VI dilatado**, no hipertrófico, con **FEVI** de visu en torno al **40%** por **hipocinesia difusa**



- Dopamina 7 mcg/kg/min.

## DISCUSIÓN

### RESULTADOS ANALÍTICOS A DESTACAR

PCR	222 mg/L
PCT	17 ng/mL
NEUTRÓFILOS	16.000/L
PLAQUETAS	385.000/L
CREATININA	1.21 mg/dL
UREA	118 mg/dL
SODIO	126 mmol/L
GPT	65 U/L
BILIRRUBINEMIA	11.09 mg/dL (a expensas de bilirrubina directa)

Diagnóstico **enfermedad de Kawasaki** con **4 criterios clínicos** (conjuntivitis bulbar bilateral no exudativa, adenopatía cervical única > 1 cm, enantema en paladar, labios fisurados y exantema en escroto) junto a > 5 días de fiebre.

Ingresa en unidad de intensivos pediátricos y se inicia tratamiento con gammaglobulina intravenosa con buena respuesta.

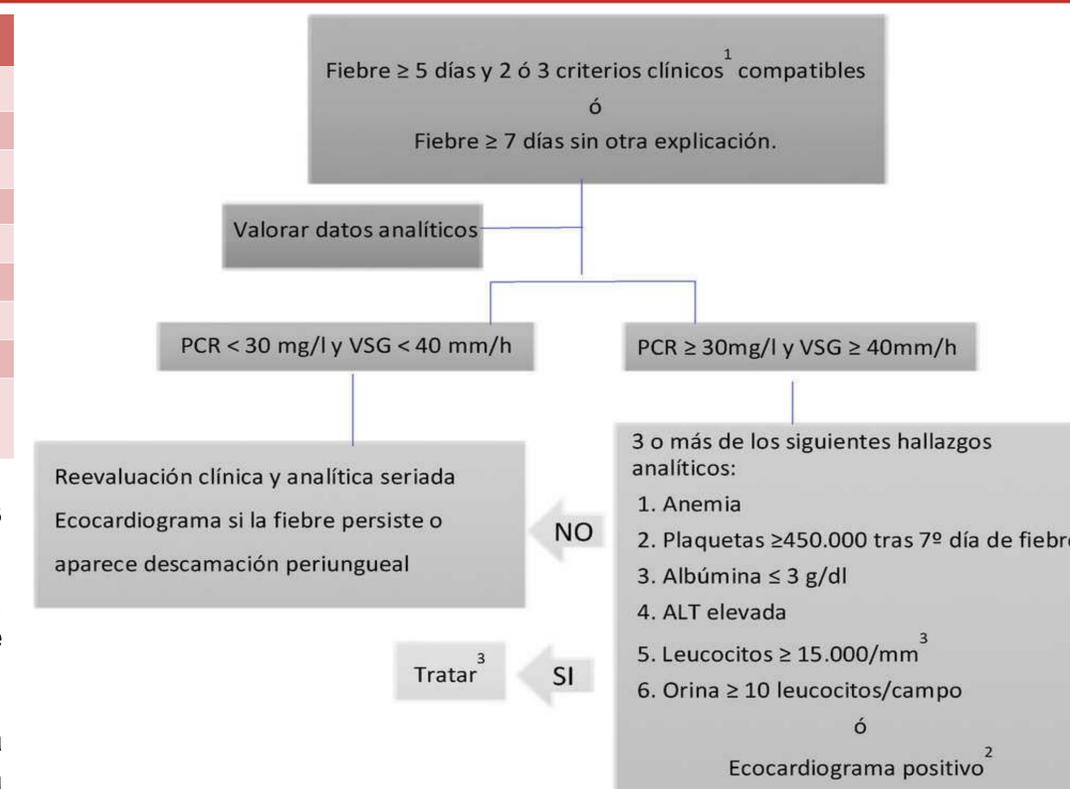


Figura 4. Algoritmo diagnóstico de enfermedad de Kawasaki modificado de Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki.

## CONCLUSIONES

- El shock, requiere un **manejo inmediato**, seguido por un **diagnóstico diferencial amplio** que nos permita identificar etiologías infrecuentes.
- La **enfermedad de Kawasaki** es una vasculitis sistémica **potencialmente grave** que se manifiesta en forma de **shock descompensado** hasta en el **10%** de las ocasiones.
- En estos casos, la **sospecha clínica precoz** es fundamental para el inicio inmediato de tratamiento, disminuyendo así el riesgo de afectación coronaria.

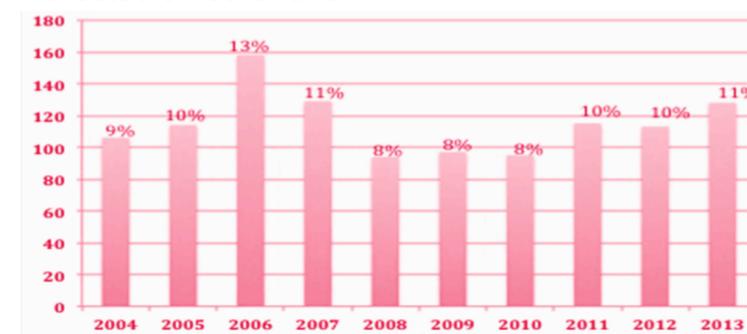


Figura 5 Modificado de The Incidence and Outcome of Kawasaki Shock Syndrome: 2003-2013. Texas Childrens Hospital, Houston, Texas. Muestra de 16.427 casos.