

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar  
mejorar  
Avanzar



# XXV REUNIÓN SEUP

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

PÓSTER CON DEFENSA

**Síndrome de shock tóxico o síndrome de Shock Kawasaki. Reporte de un caso clínico.**

*Hoyos Leyva, C. López Sánchez, Belen., López Menau, M.C., Aquino Oliva, E., Crespo Ruperez, E.*

*Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Virgen de la Salud (Toledo)*



## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda autolimitada de la infancia que afecta a vasos de mediano calibre.
- Su etiopatogenia es desconocida.
- Principal complicación a largo plazo → Aneurismas coronarios (25%).
- Diagnóstico → clínico.
  - Shock (<5%)

Enfermedad de Kawasaki completa	Enfermedad de Kawasaki incompleta
Fiebre de al menos 5 días de evolución + al menos 4 de los siguientes criterios clínicos:	Fiebre de al menos 5 días + 2 ó 3 criterios clínicos + PCR > 30 mg/l ó VSG > 40 mm/h + al menos 3 de los siguientes criterios de laboratorio:
- Inyección conjuntival bilateral no exudativa.	- Albúmina ≤ 3 g/dl.
- Alteraciones de la mucosa bucal: lengua aframbuesada, enanitema, labios fisurados.	- Anemia normocítica y normocrómica para la edad.
- Exantema polimorfo.	- Elevación de GPT.
- Lesión palmoplantar: eritema, descamación.	- Plaquetas > 450.000 / mm3 después de 7 días.
- Adenopatía cervical > 1,5 cm.	- Leucocitos > 15.000 / mm3.
	- 10 células / campo en el sedimento de orina.



## RESUMEN DEL CASO

Niña de 6 años, que acude al SUP por **fiebre de 5 días** ( T<sup>º</sup> máxima de 40.5ºC). TEP shock descompensado.  
EF: **TA: 60/40 FC 180 lpm**, SatO2 96%. Afebril. Regular estado general, relleno capilar 4 seg. Decaída. No dificultad respiratoria. **Exantema** maculopapuloso eritematoso confluyente en mejillas y tórax y **eritema palmoplantar**. ORL: **Labios fisurados**, lengua aframbuesada y orofaringe hiperémica sin exudado amigdalár. **Hiperemia conjuntival**. NRL: No rigidez de nuca. Glasgow 15/15.

PPCC: **Hipertransaminasemia y elevación de RFA**. proBNP 11284pg/mL.  
Hemocultivo: Negativo.  
Test rápido streptococo negativo.  
Orina: microhematuria sin piuria.  
Rxtórax: Mínimo derrame pleural.  
**Ecocardiograma : No dilatación de arterias coronarias.**  
**Exudado faringoamigdalár: S. Pyogenes.**

Expansión SSF 60ml/kg  
→Noradrenalina→UCIP

Persistencia de la fiebre->  
Metilprednisolona 2mg/kg

Gammaglobulina 400mg/kg/día  
Cefotaxima, Clindamicina y  
Cloxacilina.



# COMENTARIOS

## Síndrome de shock Kawasaki completo (KDSS)

- 1. Fiebre >5 días
- 2. Presencia >4 signos:
  - Inyección conjuntival bilateral sin secreciones
  - Cambios en mucosa orofaríngea.
  - Cambios en extremidades
  - Exantema polimorfo (predominio en tronco)
  - Adenopatía cervical >1.5 cm unilateral.
- Hipotensión
- Exclusión de otras causas

## Síndrome de shock tóxico (TSS)

- Aislamiento de streptococo B hemolítico del grupo A.
- Hipotensión
- Afectación 2 o > de los siguientes
  - Afectación renal.
  - Coagulopatía.
  - Afectación hepática.
  - Síndrome de distrés respiratorio agudo
  - Exantema macular +/- descamación
  - Necrosis de tejidos blandos.

Paciente con shock séptico y exantema sospechar estas entidades y sería útil realizar ecocardiograma, entre otras pruebas complementarias.

