



210/49 - FIEBRE PROLONGADA, POSIBLE ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETO

S. Martínez Pagán

Médico de Familia. Pediatría. Centro de Salud. Molina de Segura. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 2 años que acude a consulta por fiebre de hasta 39 °C de cuatro días de evolución, acompañado de exantema micropapuloso e hiperemia conjuntival. Está recibiendo tratamiento con amoxicilina oral pautado por servicio de urgencias, sin mejoría. Se decide ingreso en planta para vigilancia y valoración de la fiebre. Actualmente la paciente está asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: T^a ótica: 37,2 °C; FC: 100 lpm; FR: 30 rpm; TA: 100/60 mmHg; Peso: 12 kg; Talla: 89 cm. Buen estado general. Irritable, aunque calma en brazos de la madre. Coloración: normal. Nutrición e hidratación: adecuadas. No signos de deshidratación. Cráneo normoconfigurado. Hiperemia conjuntival no exudativa. Cuello flexible sin masas. ORL: Enantema petequial con labios rojos no fisurados. Faringe normal. Lengua aframbuesada. Otoscopia normal. Microadenias laterocervicales. Tórax: normoconfigurado. No tiraje ni distrés. AP: buena ventilación bilateral. Sin ruidos sobreañadidos. AC: rítmica/no soplos. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias. No impresiona de doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Neurológico: consciente y conectado, no signos de focalidad neurológica. Activa y reactiva. Meníngeos negativos. Piel: no descamación de dedos. Resto de exploración sin hallazgos. Analítica: glucosa: 102; urea: 24; creatinina: 0,34. Na: 137; K: 4,4; Cl: 103. Enzimas hepáticas (GOT/GPT, FA, GGT), triglicéridos, colesterol, proteínas totales y albúmina normales. Hemograma y PCR: Hb: 11,2; Hto: 35. Leucocitos: 14.790 (N 63%; L 24%; M 10%). Plaquetas: 499.000. PCR 3,6. VSG 110. Orina A y S: normal. Hemocultivo: normal. Rx AP de tórax: refuerzo perihiliar derecho. No condensaciones ni derrames. Exudado faríngeo: negativo. Serología de enfermedades víricas: negativa para hepatitis A, B y C, CMV (citomegalovirus), EB (Epstein Barr), Borrelia y Parvovirus B19. PCR de virus respiratorios: Negativa. Ecocardiograma: corazón normal. No se detectan alteraciones de los vasos coronarios. Derrame pericárdico mínimo.

Juicio clínico: Fiebre prolongada, posible enfermedad de Kawasaki incompleto.

Diagnóstico diferencial: Infecciones: adenovirus, sarampión, parvovirus, herpesvirus, escarlatina, mononucleosis infecciosa. Reacciones inmunitarias: síndrome de Steven-Johnson, síndrome del shock toxico. Enfermedades reumáticas: artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, poliarteritis nudosa, lupus eritematoso sistémico y fiebre reumática.

Comentario final: Cumple criterios de enfermedad de Kawasaki de forma incompleta (fiebre

elevada + exantema "que ha desaparecido" + hiperemia conjuntival + microadenias submandibulares + labios rojos con lengua aframbuesada sin descamación de labios). Ante la analítica que no muestra reactantes de fase aguda elevados, se decide ingreso sin iniciar tratamiento con inmunoglobulinas para ver evolución. En Planta de Escolares sigue presentando irritabilidad y febrícula y en analítica de control se detecta incremento de cifra de plaquetas, por lo que se decide poner tratamiento con inmunoglobulinas, sin incidencias. Desde entonces no ha vuelto a tener fiebre y no ha presentado incidencias, por lo que se da de alta para seguir control ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bou R. Enfermedad de Kawasaki. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2014;1:117-29.