



160/863 - PREESCOLAR CON FIEBRE Y EDEMAS DE PIES Y MANOS, ¿QUÉ SOSPECHAMOS? A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Muñoz de la Casa^a, B. Robles Casado^b e I. Jiménez Rodríguez^b

^aMédico de Familia. FEA Urgencias. Hospital Poniente. El Ejido. Almería. ^bMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Preescolar de 3 años y 9 meses con fiebre de 38 horas de evolución (máximo 39 °C) que cede parcialmente con antitérmicos. Refiere dolor abdominal generalizado, vómitos con inapetencia aunque tolerancia oral, no más sintomatología digestiva que sugiera gastroenteritis. A la exploración presenta: inyección ocular bilateral sin secreción, eritema peribucal, adenopatías izquierdas y exantema macular delimitado a palmas (manos y pies) con edema de los mismos. Sin aspecto séptico aunque irritabilidad.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: Beg, sin aspecto séptico, perfusión distal normal. Adecuada coloración de piel y mucosa y adecuado estado nutricional. No signos meníngeos, irritabilidad que calma con los padres y coordinación adecuada. Exantema macular en planta de pies y manos con leve edema en dorso, lesiones petequiales en brazo derecho (tras maniobra de sujeción). ACP: MVC, sin ruidos patológicos ni soplos. ABD: blando, depresible, sin masa, ni megalaís, ni peritonismo. Otoscopio: CAEs y membranas timpánicas normales, trago negativo. Orofaringe: muy hiperémica con exantema en paladar, adenopatía submandibular izquierda. Exploraciones complementarias: Bioquímica: glucosa 78 mg/dl; urea: 28 mg/dl; creatinina: 0,44 mg/dl; sodio: 139 meq/L; potasio: 4,6 meq/L; bilirrubina total: 0,49 mg/dl; PCR: 19,35 mg/dl; Ast/got: 28 UI/L; GPT: 19 UI/L; amilasa: 44 UI/L; procalcitonina: 0,31 ng/ml. Hemograma: 2.028.000 ul de leucocitos y resto normal. Exudado faríngeo: crecimiento de una colonia de estreptococo grupo A.(Streptococcus pyogenes),realizado en un placa de agar sangre.

Juicio clínico: Escarlatina.

Diagnóstico diferencial: Escarlatina y enfermedad de Kawasaki.

Comentario final: Ante la valoración de un niño con fiebre prolongada más de 5 días es muy importante una exploración detallada por órganos y aparatos ya que en nuestro caso uno de los diagnósticos diferenciales la enfermedad de Kawasaki, necesita tratamiento urgente con inmunoglobulina y control cardiaco con una ecografía ya que puede tener complicaciones del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns JC, Kushner HI, Bastian JF, Sjike H, Shimizu C, Matsubara T, et al. Kawasaki Disease: a

brief history. *Pediatrics*. 2000;106(2):27.

2. Kawasaki T. Pediatric acute mucocutaneous lymph node syndrome: clinical observation of 50 cases. *Jpn J Allergy*. 1967;16:178-222.
3. Yamamoto T, Oya T, Watanabe A. Clinical features of Kawasaki disease. *Jpn J Pediatr*. 1968;21:291-7.
4. Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome (MLNS) prevailing in Japan. *Pediatrics*. 1974;54(3):271-6.
5. Landing BH, Larson EJ. Are infantile periarteritis nodosa with coronary artery involvement and fatal mucocutaneous lymph node syndrome the same? Comparison of 20 patients from North America with patients from Hawaii and Japan. *Pediatrics*. 1976;59:651-62.
6. Melish ME, Hicks RM, Larson EJ. Mucocutaneous lymph node syndrome in the United States. *Am J Dis Child*. 1976;130:599-607.
7. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki Syndrome. *Clin Microbiol Rev*. 1998;11(3):405-14.
8. Morens DM, O'Brien RJ. Kawasaki disease in the United States. *J Infect Dis*. 1978;137:91-3.