



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/1586 - ¿SERÁ SOLO FIEBRE?

L. Díaz González<sup>1</sup>, E. Quiroz Flores<sup>2</sup>, A. Mateo Acuña<sup>3</sup> y F. Espinoza Cuba<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro-Urdiales. Cantabria. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro-Urdiales. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 9 años acude a urgencias por fiebre de hasta 40 °C, predominio matutino, asocia exantema pápulo-eritematoso de inicio zona genital con posterior extensión al resto del cuerpo que desaparece a la vitropresión, además desde el inicio hiperemia conjuntival bilateral sin secreción y con labios fisurados. Hizo un episodio de vómito y alguna deposición más blanda de lo habitual. Ingresa el segundo día que acude a la urgencia y durante el ingreso presenta edema de manos y persisten picos febriles por lo que se deriva al hospital de referencia ante la sospecha de enfermedad de Kawasaki.

**Exploración y pruebas complementarias:** Triángulo de evaluación pediátrica estable, hiperemia conjuntival bilateral sin secreción, Faringe hiperémica con petequias en úvula y paladar blando, no exudados, labios eritematosos y fisurados, lengua saburral, adenopatía cervical izquierda diámetro 1,5 cm, Auscultación cardiopulmonar, abdomen y genitourinario normal, piel exantema papuloso generalizado, no respeta palmas ni plantas. No meníngeos. Hemograma: Hb 13,3 g/dl, leucocitos 7.000 (N 74,4% L 9,5%: 700, eosinófilos 11%), PCR: 7 mg/dl, resto bioquímica normal. Coagulación y orina: normal.

**Orientación diagnóstica:** Se trata del 5º día de fiebre alta cumpliendo además otros 5 criterios clínicos (adenopatía cervical, labios fisurados y eritematosos, hiperemia conjuntival sin secreción, edema de manos y exantema polimorfo) por lo que inicia tratamiento con gammaglobulina y ácido acetilsalicílico (AAS) endovenoso a dosis antiinflamatoria, se completa el estudio con hemograma, bioquímica con enzimas hepáticas y BNP, hemocultivo y urocultivo, además de interconsulta a cardiología infantil. A las 48 horas de gammaglobulina se mantiene afebril y asintomático, disminuyéndose la dosis de AAS a antiagregante sin incidencias.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones adenovirus, sarampión, parvovirus, herpes, escarlatina, mononucleosis, síndrome de Steven Johnson, enfermedades reumáticas.

**Comentario final:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica, autolimitada, con síntomas inespecíficos y comunes a otras enfermedades y potencialmente grave por las complicaciones cardíacas que puede producir, por eso se debe sospechar y hacer diagnósticos diferenciales para adecuar el tratamiento oportunamente.

## **Bibliografía**

1. Ling XB, Kanegaye JT, Ji J, et al. Point-of-care differentiation of Kawasaki disease from other febrile illnesses. *J Pediatr*. 2013;162:183-8.e3.
2. Scuccimari R. Kawasaki disease. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59:425-45.

**Palabras clave:** Fiebre persistente. Enfermedad de Kawasaki.