



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1453 - ¿Sólo un catarro?

J. Villar Ramos^a, M. Montes Pérez^b, P. López Tens^c, A. Blanco García^d, D. Fernández Torre^e, J. Suárez Alonso^f, D. López Fernández^d, A. Robles Amieva^a, J.J. Parra Roldán^g y K.P. Baldeón Cuenca^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^eMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^fMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna.

Resumen

Descripción del caso: Niño 2 años acude por fiebre de 39 °C de 5 días con cuadro catarral con tos y rinorrea. Desde hace 72 horas asocia exantema evanescente e hiperemia conjuntival. Refieren artralgias de extremidad inferior derecha. Inmunizaciones según calendario vacunal.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,4 °C. Peso: 12,8 kg. Irritable. ACP: rítmico, MVC. ORL: otoscopia bilateral normal, faringe hiperémica, lengua normal, labios eritematosos fisurados. Abundante mucosidad nasal. No adenopatías. OFT: hiperemia conjuntival bilateral sin exudado. Abdomen: normal. Piel con exantema micropapuloso eritematoso generalizado que desaparece a la presión, y que afecta también a palmas y plantas. Meníngeos (-). Hemograma: 18.100 leucocitos (12% C, 62% S, 17% L, 3% M, 6% E); Hb 11,1 g/dL. Bioquímica: AST 28 U/L; ALT 39 U/L; FA 259 U/L; amilasa 33 U/L; PCR 13,8 mg/dL; albúmina 3,4 g/dL; VSG 87 mm. TP 64%; TTPA 36,2 seg; INR 1,2. Frotis faríngeo: Ag rápido de *S. pyogenes* (-). Cultivo faríngeo: flora comensal. Lavado nasofaríngeo: Ag y PCR VRS e *Influenza* negativos. Elemental y sedimento: hematíes/campo: 1-3; leucocitos/campo: 25-30. Urocultivo por bolsa: 20.000 ufc/ml *Klebsiella pneumoniae*. ECG ritmo sinusal, eje normal, no alteración repolarización. Ecocardiograma: cavidades de tamaño y función normal. No derrame.

Juicio clínico: Enfermedad de Kawasaki.

Diagnóstico diferencial: Sarampión, escarlatina, S. de Stevens-Johnson, S. de Lyell, S. del shock tóxico.

Comentario final: Dada la sospecha de enfermedad de Kawasaki se inicia tratamiento con gammaglobulina endovenosa a 2 g/kg y AAS a 80 mg/kg con desaparición del exantema y de la fiebre en las primeras 24 horas. Tras permanecer 4 días afebril, se cambia dosis de AAS a antiagregante. La enfermedad de Kawasaki es multisistémica mediada por superantígenos, con vasculitis de pequeños y medianos vasos el 80%, en menores de 5 años. Muy frecuente en Japón y Corea del Sur. El diagnóstico se basa en la clínica que destacan fiebre de más de 5 días de evolución junto a: Inyección conjuntival bilateral, no exudativa, lesiones orofaríngeas con eritema oral y/o fisuras de labios y/o lengua "aframbuesada", edema o eritema de manos y pies, exantema polimorfo, adenopatía cervical unilateral de 1,5 cm.

Bibliografía

1. Delgado Rubio A. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Enfermedad de Kawasaki.
2. Burns JC, Glodé MP. Kawasaki syndrome. Lancet. 2004;364:533.
3. Davaalkham D, Nakamura Y, Baigalmaa D, et al. Kawasaki disease in Mongolia: results from 2 nationwide retrospective surveys, 1996-2008. J Epidemiol. 2011;21:293.

Palabras clave: Kawasaki. Exantema. Fiebre. Catarro. Niño.