

347/1430 - EL KAWASAKI SIEMPRE ES UNA OPCIÓN

B. Rodríguez Fernández^a, R. Domínguez Fernández^b, C. García Villaronga^c y M. Ramírez Casasayas^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Marín. Pontevedra. ^bMédico de Familia. Urgencias Pediátricas. Hospital Provincial de Pontevedra. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marín. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 2 años y 4 meses, sin antecedentes de interés y con vacunación actualizada, acude a Pediatra de Atención Primaria por fiebre ($> 39^{\circ}\text{C}$) de 5 días de evolución, un vómito y deposición semilíquida. Diagnosticada hace 48h de faringoamigdalitis aguda a tratamiento con amoxicilina-ác. clavulánico.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Tenue exantema macular periumbilical y raíz de cuello. No adenopatías. Edema palpebral e hiperemia conjuntival sin secreción. ORL: Mucosa gingival friable. Orofaringe eritematosa, lengua aframbuesada y amígdalas exudativas. NRL y ACP sin alteraciones. Abdomen ligeramente distendido, depresible. Molesto de forma difusa. No megalias. No signos de irritación. Analítica: PCR 36 mg/dL; procalcitonina 6,40 ng/mL; Hb: 10,9; Hcto 32%; leucocitos 17.200 (neutrófilos 80%) y plaquetas 125.000 y ecografía abdominal: distensión de asas, líquido libre peritoneal, cambios compatibles con sufrimiento de asas. Por lo que se deriva a Cirugía pediátrica de hospital de referencia por sospecha de abdomen agudo para laparotomía exploratoria con resultado en blanco. Ante el cuadro febril prolongado y ausencia de foco infeccioso (serologías y PCR negativos), se realiza Ecocardiograma: ligera ectasia coronaria derecha y mínimo despegamiento pericárdico. Se inicia gammaglobulina intravenosa (2 g/kg una dosis) y AAS oral. Tras 24h de tratamiento, afebril y mejoría del estado general

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Kawasaki atípica.

Diagnóstico diferencial: Faringitis con gingivoestomatitis (enterovirus, virus herpes) y fiebre faringoconjuntival (adenovirus). PCR negativo. Infección VEB (exantema tras amoxicilina). Serologías negativas. Abdomen agudo: manifestaciones abdominales pueden simular apendicitis. Descartado tras cirugía.

Comentario final: Ante cuadro febril prolongado debemos valorar la posibilidad de Enfermedad de Kawasaki. En este caso, el diagnóstico definitivo nos lo dio las pruebas complementarias, debido a su carácter atípico, pero resaltamos la importancia de una buena exploración física en Atención Primaria ya que se puede realizar un diagnóstico temprano para instauración de tratamiento adecuado y prevenir compromiso coronario.

Bibliografía

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

2. Fernández Miaja M, Oulego Erroz I, López Blanco G, et al. Dificultad diagnóstica en la enfermedad de Kawasaki incompleta. Bol Pediatr. 2013;53:172-5.

Palabras clave: Fiebre. Kawasaki. Exantema.