

# Fiebre y exantema en un lactante: PENSANDO EN KAWASAKI



Javier Bosque Moreno (Rotatorio Pediatría)

Tutora: Amelia Herrero (Sección de Lactantes)

Servicio de Pediatría

Hospital General Universitario de Alicante

# Caso Clínico: Lactante con fiebre

## ❖ ANAMNESIS



Lactante varón de 9 meses.

- Fiebre (max. 40°C) de 5 días de evolución
- Mucosidad y tos esporádica
- Exantema papular en tronco (24 horas evol)
- Irritación ocular sin secreciones
- Decaimiento e irritabilidad en ascensos térmicos

## ❖ ANTECEDENTES PERSONALES

RNT 37+6. No RAM. Vacunación al día. Ingreso previo por bronquiolitis y urticaria generalizada

## ❖ EXPLORACIÓN FÍSICA

- T<sup>a</sup>: 38.7°C
- Exantema morbiliforme máculo-papular que blanquea a la digitopresión (tronco y MMSS)
- Hiperemia conjuntival
- Adenopatías laterocervicales múltiples
- Labios fisurados, amígdalas congestivas con vesículas. Lengua aframbuesada

## ❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**Hemo**      **Leuc: 4580 ( N: 37.5%, L: 54.8%), Hb: 10.2 g/dl, Ptas: 97000**

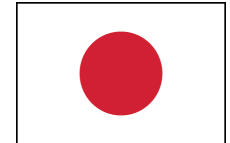
**BQ**      **GOT: 51 U/l, GPT: 27 U/l, PCR: 16.96 mg/dl, Procalcitonina: 1.87 ng/ml**

# Diagnóstico diferencial

	SARAMPIÓN	RUBÉOLA	ESCARLATINA	VARICELA	MEGALO ERITEMA	EXANTEMA SÚBITO	KAWASAKI
AGENTE	Paramyxovirus	Togavirus	SBHGA	VVZ	Parvovirus B19	VHS 6	Superantígeno??
INCUBACIÓN	10-12 días	10-21 días	3 días	10-21 días	1 semana	1 semana	
FASE PRODRÓMICA	Catarro con conjuntivitis y manchas de Koplik	Adenopatías típicas	Amigdalitis febril con lengua en fresa	Síndrome gripal	No	Fiebre	Síntomas cardinales (fiebre, conjuntivitis, adenopatías, etc.)
CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	Maculopapular, descendente, confluyente	Morbiliforme, descendente	Papular, rugoso, líneas de Pastia, facies de Filatov	En brotes, vesículas, pruriginoso	Niño abofeteado, maculopápulas en el tronco	Maculopápulas en el tronco	Maculopápulas, morbiliforme, urticariforme
AFECCIÓN PALMO-PLANTAR	Sí	No		Sí			Sí
OTRAS COMPLICACIONES	OMA, neumonías, encefalitis, PESS	Artritis, encefalitis	Glomerulonefritis y fiebre reumática	Sobreinfección vesicular, encefalitis, neumonía, Reye	Artritis, aplasias e hidrops fetalis	Convulsiones febriles	Aneurismas coronarios

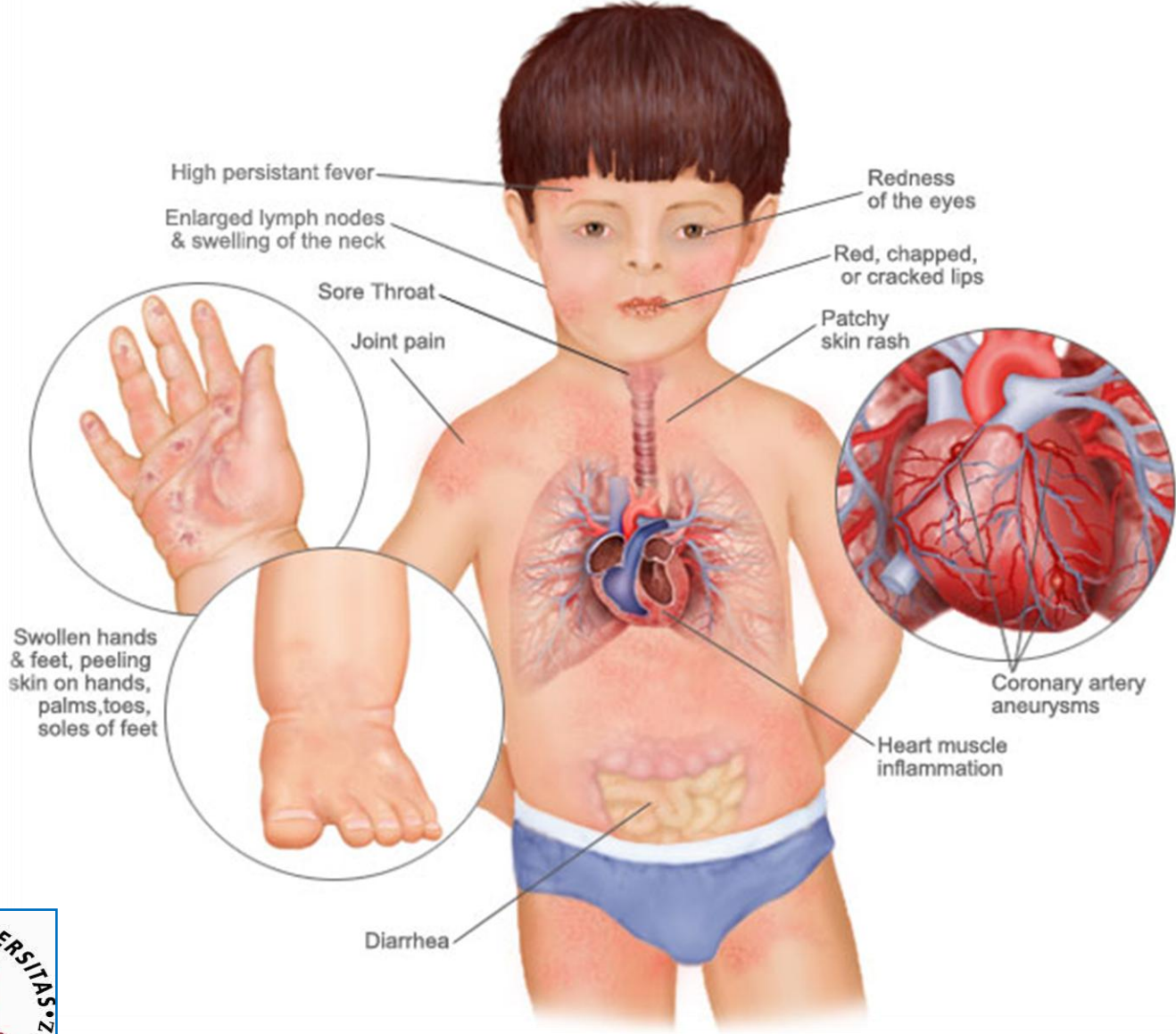
Otros: Otras viriasis (Adenovirus, VEB), autoinmune...

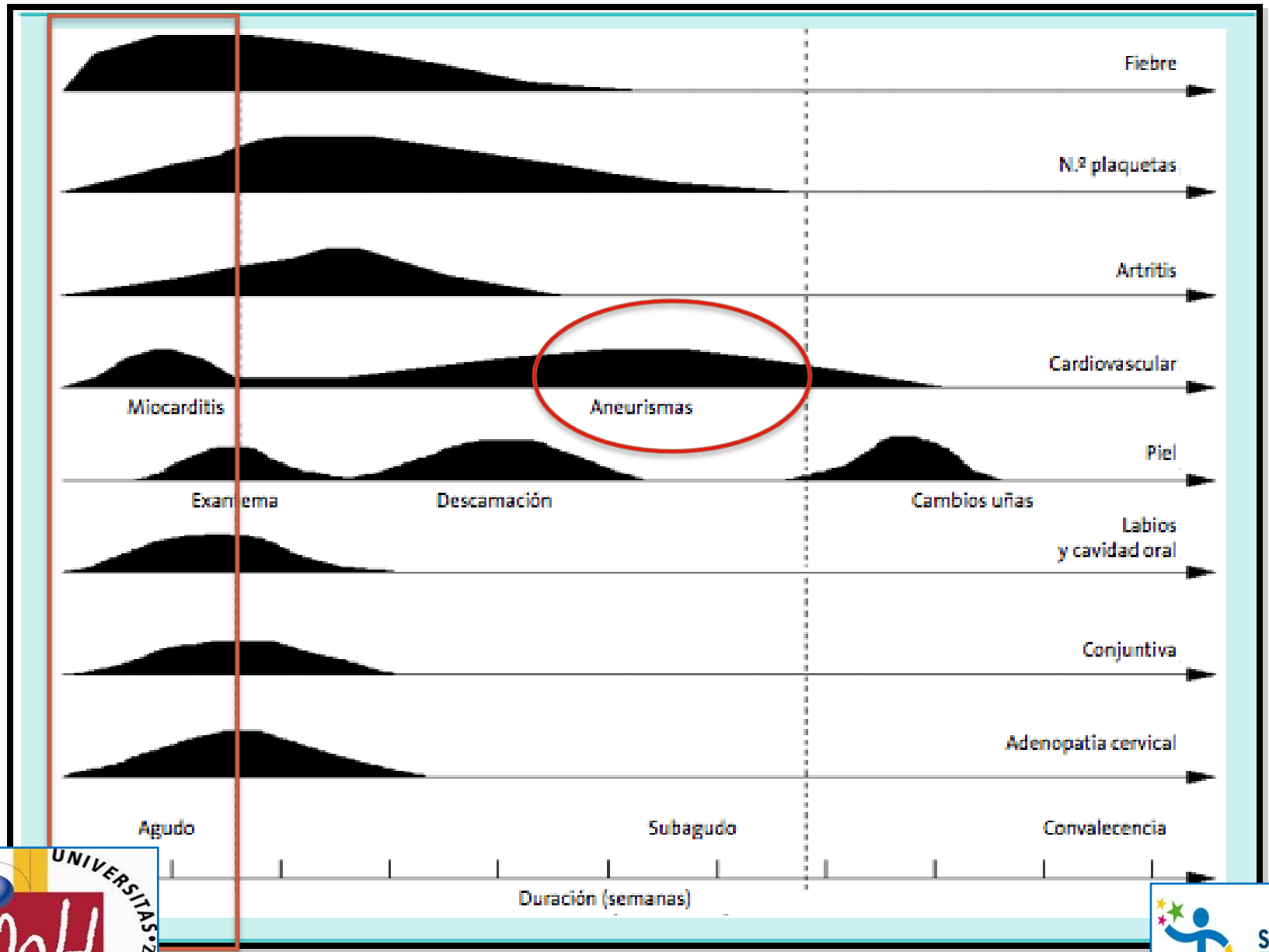
85%	♂
?	Fact.+ Predisp.



Enfermedad de Kawasaki completa	Enfermedad de Kawasaki incompleta
Fiebre de al menos 5 días de evolución + al menos 4 de los siguientes criterios clínicos:	Fiebre de al menos 5 días + 2 ó 3 criterios clínicos + PCR > 30 mg/l ó VSG > 40 mm/h + al menos 3 de los siguientes criterios de laboratorio:
- Inyección conjuntival bilateral no exudativa.	- Albúmina ≤ 3 g/dl.
- Alteraciones de la mucosa bucal: lengua aframbuesada, enanema, labios fisurados.	- Anemia normocítica y normocrómica para la edad.
- Exantema polimorfo.	- Elevación de GPT.
- Lesión palmoplantar: eritema, descamación.	- Plaquetas > 450.000 / mm <sup>3</sup> después de 7 días.
- Adenopatía cervical > 1,5 cm.	- Leucocitos > 15.000 / mm <sup>3</sup> .
	- 10 células / campo en el sedimento de orina.

# Kawasaki Syndrome





Niño con fiebre > 5 días

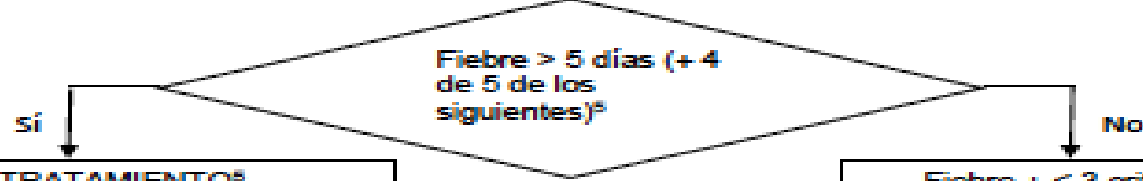
Diagnóstico diferencial<sup>2</sup>:

- Infeccioso: vírico/bacteriano
- Autoinmune
- Medicamentoso
- Enfermedad de Kawasaki

Pruebas complementarias<sup>4</sup>

- Análisis sanguíneo: hemograma y bioquímica (perfil hospitalario, perfil hepático, reactantes fase aguda, ASLO).
- Análisis de orina: sedimento y cultivo.
- Serología: síndrome mononucleósico.
- Estudio cardiológico.
- Frotis faríngeo o test rápido de estreptococo.
- PCR gripe.

¿Criterios enfermedad Kawasaki?



**INICIAR TRATAMIENTO<sup>3</sup>**  
**INMUNOGLOBULINAS + ACIDO ACETIL SALICILICO**

Fiebre + < 3 criterios  
**VER PROTOCOLO KAWASAKI INCOMPLETO<sup>3</sup>**

- ✓ Consideraciones tratamiento: administrar antes del día 10 de inicio de fiebre (si es posible antes del día 7)
- Inmunoglobulinas iv: 2g/kg infusión única a pasar en 12 horas.
  - AAS:
    - 80mg/kg/día (4 dosis, cada 6 horas) hasta 3 días tras desaparición de fiebre, vía oral
    - Posteriormente 3-5 mg/kg/día 6-8 semanas más o hasta normalización de plaquetas
    - Si lesión aneurismática continuar hasta desaparición de las mismas





# Caso Clínico: Resolución

## ❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Urocultivo: Ausencia de gérmenes

Serología: CMV, Ac. Heterófilos VEB, VCA de VEB, Parvovirus B19, Toxoplasma, Rickettsia, IgM e IgG negativas

## ❖ EVOLUCIÓN

El paciente queda afebril a las 24 horas del ingreso. Permanece estable, con BEG y adecuada ingesta. Ante buena evolución se decide alta y control clínico-evolutivo en unos días

## ❖ DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Viriasis



# BIBLIOGRAFÍA

- Bou R. Enfermedad de Kawasaki. Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Protocolo diagnóstico terapéutico pediatría 2014;1:117-29.
- Bailén A, Reolid M, Alcalá P. Enfermedad de Kawasaki.. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Protocolo diagnóstico terapéutico 2015 (Última revisión: Abril 2015). Disponible en: <http://www.serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-ENFERMEDAD-DE-KAWASAKI.-SP.HGUA-2015.pdf>
- Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Pediatrics. 2004;114:1708–33
- Guerreo J, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Ruzafa Tarrío, Francisco (prol.); 5ª ed. Madrid: Publicación de Libros Médicos, S. L. U, 2009; 6: 656-659.

