



ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Gloria Vicente Hernández (Rotatorio de Pediatría)
Tutora: Dra. Amelia Herrero (Sección de Lactantes)

Servicio de Pediatría HGUA

MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA VISITA (20h Evolución)

- ✦ Niño de 17 meses acude UPED por fiebre (pico max.40°C) de 20h de evolución y cuadro catarral
- ✦ No contactos COVID-19
- ✦ Antecedentes personales: No alergias conocidas. Vacunado correctamente. Bronquiolitis sin precisar ingreso
- ✦ Exploración física:
 - ✦ Peso:15 kg (p87). Talla: 93 cm (p97). Perímetro craneal: 51 (p53)
 - ✦ Tª 36.9°C, SatO2 96%, FC 128 lpm, FR 44 rpm
 - ✦ ORL: Faringe hiperemica sin exudados y OD hiperemia peritimpánica. No otra sintomatología
- ✦ Diagnóstico: Otitis media aguda , oído derecho / Viriasis
- ✦ TTO: Amoxicilina-clavulánico oral 4ml/8h 7d

SEGUNDA VISITA (48h evolución)

- ✦ Tras 24h acude de nuevo por exantema en piernas y brazos.
- ✦ Persistencia de fiebre.
- ✦ Exploración física:
 - ✦ Tª 37.3°C, SatO2 97%, FC 126 lpm, FR 42 rpm
 - ✦ Exantema rostro, cara anterior de extremidades. No petequias
 - ✦ ORL: Hiperemia faringea. Afta en la punta de la lengua. Abombamiento membrana timpánica derecha.
- ✦ Analítica: PCR 0.43mg/dl, Leucocitos 17.600(30% linfocitos), Plaquetas 389.000
- ✦ Diagnóstico: Viriasis /Posible Pie Mano Boca
- ✦ Tratamiento: Continuar tratamiento antibiótico

TERCERA VISITA

(48h evolución)

- ❖ 3ª visita a Urgencias Pediátricas
- ❖ Fiebre de 4 días de evolución, máximo de 40° y empeoramiento exantema

- ❖ Somatometría: Peso:14,8 kg (p87). Talla: 93 cm (p97). Perímetro craneal: 51 (p53)
- ❖ Tª: 39.2°C. FC :128 lpm TA: 105/63mmHg
- ❖ Exantema maculopapuloso en extremidades. Eritema y edema en palmas y plantas.
- ❖ Adenopatía laterocervical izquierda.
- ❖ Inyección conjuntiva bilateral.
- ❖ ORL: Labios eritematosos y fisurados. Lengua aframbuesada. Faringe hiperémica. OD hiperémico.
- ❖ No otros hallazgos patológicos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

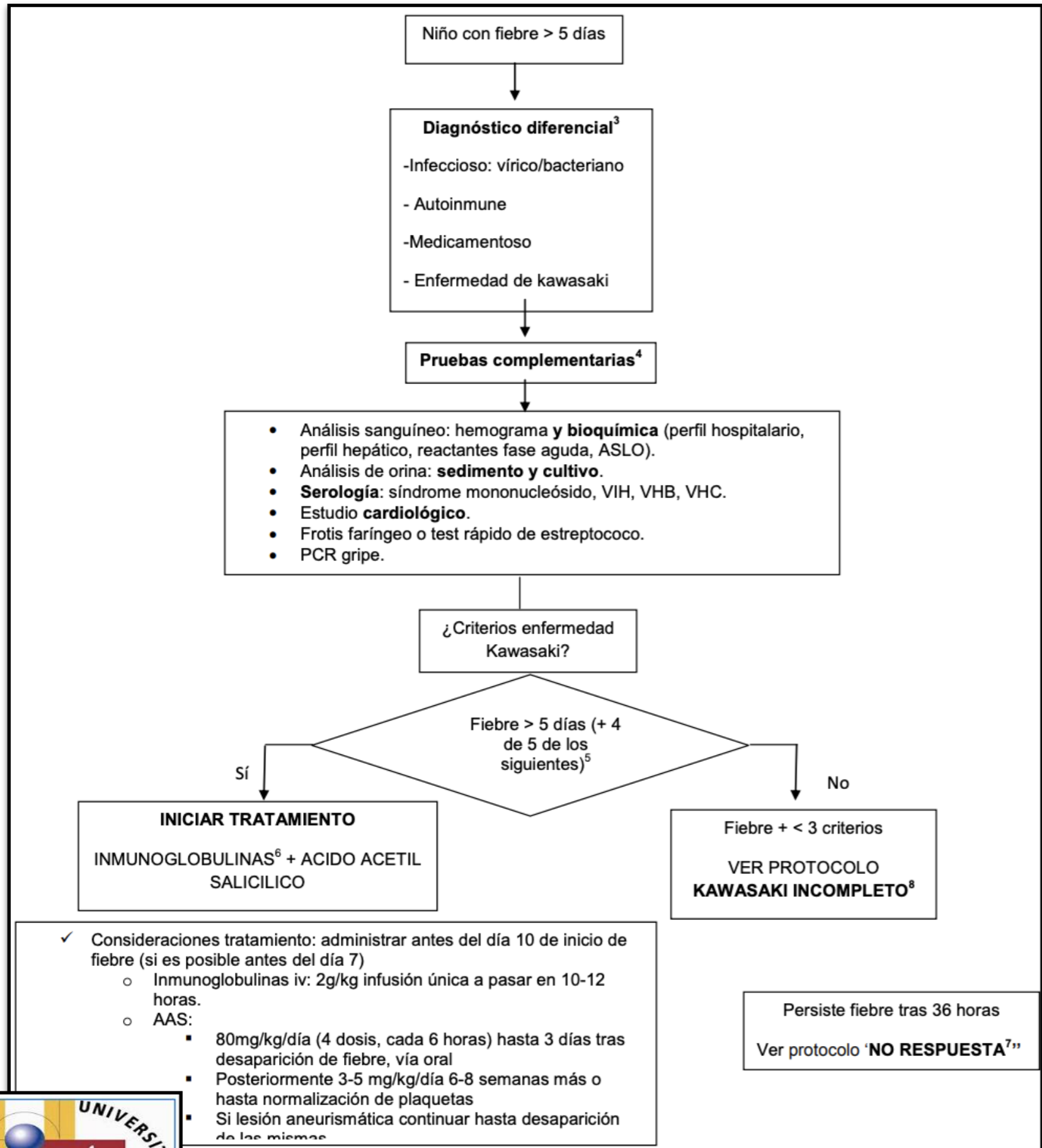
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- ❖ Sospecha diagnóstica: Enfermedad de Kawasaki
- ❖ Diagnóstico de exclusión:

- ❖ Analítica:
 - Hemograma: leucocitos 20.470, Plaquetas 407.000
 - Bioquímica: PCR 1,24.g/dl
- ❖ Sedimento orina :normal
- ❖ Urocultivo , hemocultivo y frotis faríngeo: Negativos
- ❖ Microbiología molecular: PCR influenza A y B, VRS y Covid-19 :Negativo
- ❖ Serología: Normal
- ❖ Rx AP Tórax: No imágenes de condensación
- ❖ Ecocardiografía: Corazón normal en estudio actual.

INFECCIONES	Adenovirus Sarampión Parvovirus Herpesvirus Escarlatina Mononucleosis infecciosa
REACCIONES INMUNITARIAS	Síndrome de Steven-Johnson Síndrome del shock tóxico
ENFERMEDADES REUMÁTICAS	Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico Poliarteritis nudosa Lupus eritematoso sistémico Fiebre reumática





- ❖ 4^o día de fiebre
- ❖ Cumple el resto de criterios diagnósticos

**Diagnóstico:
Enfermedad de Kawasaki**



Protocolo de manejo de la enfermedad de Kawasaki en el Servicio de Pediatría del HGUA



TRATAMIENTO

- ❖ Inmunoglobulinas IV 2g/kg
- ❖ Aspirina a 100mg/Kg/día

TRATAMIENTO AL ALTA

- ❖ Ácidoacetilsalicílico: 60mg cada mañana hasta próxima visita.
- ❖ Seguimiento por Cardiología Pediátrica y ORL

EVOLUCIÓN

- ❖ 6 horas tras finalizar el tratamiento, se encuentra afebril.
- ❖ Disminución progresiva resto de síntomas. No signos analíticos alarma
- ❖ Tras 48h afebril, constantes normales
- ❖ ALTA DOMICILIARIA con Tratamiento ambulatorio



ENFERMEDAD DE KAWASAKI

- ❖ Vasculitis sistémica aguda. Autolimitada y potencialmente grave (complicaciones cardíacas)
- ❖ 85% <5años. Etiología desconocida
- ❖ Diagnóstico de exclusión
- ❖ Ante cualquier fiebre persistente(>5días) ,no compatible con otros posibles diagnósticos y presente el resto de criterios diagnósticos
 - a. Cambios en extremidades: eritema palmoplantar +/- edema de dorso de pies y manos. Descamación palmoplantar (2º-3º semanas)
 - b. Exantema polimorfo
 - c. Hiperemia conjuntival bilateral no exudativa
 - d. Labios y mucosas: labios fisurados y eritematosos, lengua aframbuesada, hiperemia faríngea.
 - e. Adenopatía cervical > 1,5 cm, más frecuente unilateral
- ❖ Tratamiento:
 - Inmunoglobulinas IV
 - Si persiste, se puede repetir la dosis
 - Si no cesan los síntomas, Inmunoglobulina IV + Corticosteroides IV
 - Si alto riesgo se le administra ácido acetil salicílico.

Paciente de **alto riesgo** de coronariopatía:

- >10 días con el cuadro
- Persistencia de fiebre tras 36h de la infusión
- Coronariopatía al diagnóstico

Aunque es una enfermedad grave, el pronóstico es favorable en la mayoría de casos, siempre que haya una instauración precoz del tratamiento

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Bailén A, Reolid M, Márquez M, Alcalá PJ. Enfermedad de Kawasaki. Módulo hospitalización pediatría. Servicio de pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. 2017
- ❖ 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.
- ❖ Kliegman, R., 2020. *Nelson. Tratado De Pediatría*. 21st ed. Barcelona: Elsevier, pp.1310-1316.
- ❖ Barrios A, Centeno F, Rojo H, Fernández-Cooke E, Sánchez-Manubens J, Pérez-Lescure J. Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. *anales de pediatría*, Asociación Española de Pediatría. [en línea] [fecha de consulta: 27-11-2020]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-consenso-nacional-sobre-diagnostico-tratamiento-articulo-S1695403318301516>





MUCHAS GRACIAS