

# Entre síntomas y sospechas: Un análisis de un caso pediátrico



María Virgilia Simó Rodríguez (Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Mari Carmen Vicent Castelló (Lactantes)  
Servicio de Pediatría, HGUA

# ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

## ANAMNESIS:

- Antecedentes: no inmunizado frente a sarampión.
- Enfermedad actual: fiebre, adenopatías cervicales, exantema no pruriginoso (palmoplantar), diarrea, faringoamigdalitis en tratamiento antibiótico.

LACTANTE DE 16 MESES  
CON FIEBRE Y EXANTEMA

## EXPLORACIÓN:

Regular estado general e irritabilidad

Exantema maculopapular

Edema de manos y pies

Labios fisurados

Lengua aframbuesada

Hipertrofia amigdalar y

orofaringe hiperémica

Conglomerado adenopático

cervical bilateral, doloroso

# ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

## ANAMNESIS:

- Antecedentes: no inmunizado frente a sarampión.
- Enfermedad actual: fiebre, adenopatías cervicales, exantema no pruriginoso (palmoplantar), diarrea, faringoamigdalitis en tratamiento antibiótico.

LACTANTE DE 16 MESES  
CON FIEBRE Y EXANTEMA

## EXPLORACIÓN:

Regular estado general e irritabilidad

Exantema maculopapular

Edema de manos y pies

Labios fisurados

Lengua aframbuesada

Hipertrofia amigdalar y orofaringe hiperémica

Conglomerado adenopático cervical bilateral, doloroso

# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

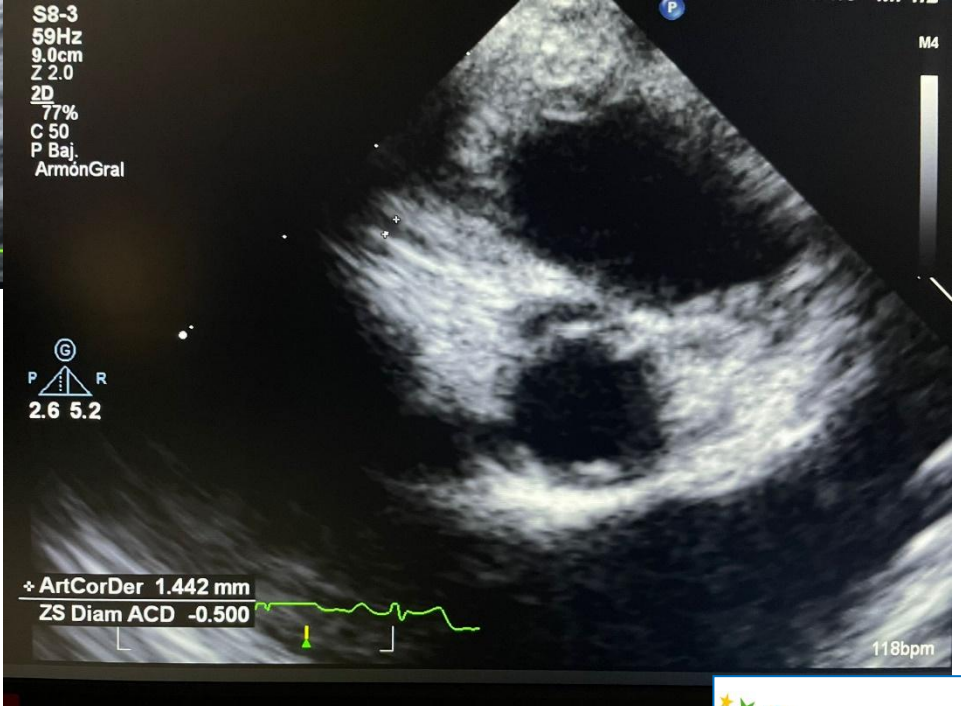
## EN URGENCIAS (18/04/24):

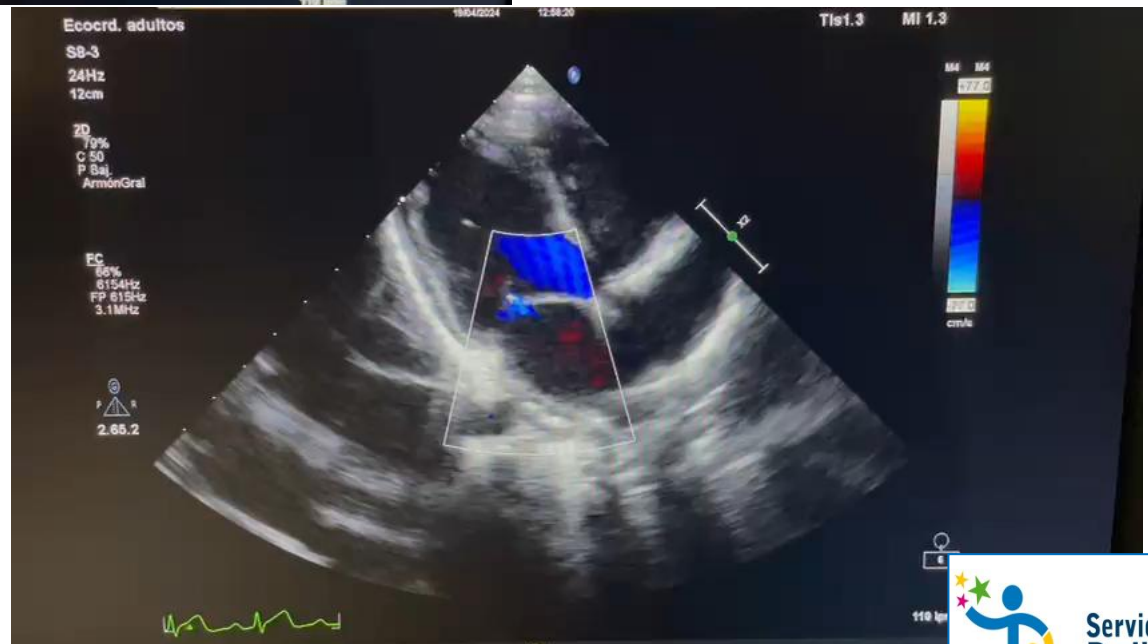
- PCR SARS-CoV-2 positiva
- Analítica sanguínea:
  - BQ: Sodio 128 mmol/L, PCR 13,50 mg/dL, PCT 10,7 mg/mL, Ferritina 1462 microgramos/L
  - Hemograma: leucocitos  $13,44 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos 73,6%, Plaquetas  $232 \times 10^3/\mu\text{L}$

SOSPECHA DX:  
SIM-PedS  
Kawasaki-like

## EN PLANTA:

- Controles analíticos periódicos
- Ecocardiograma-Doppler color:
  - Aneurisma fusiforme moderado en arteria Descendente Anterior





# TRATAMIENTO

**19/04/24:**

- Dosis única de inmunoglobulinas IV (2 mg/kg)
- Metilprednisolona IV a 30 mg/kg (3 días)
- Aspirina: dosis antiinflamatorias (40-50 mg/kg/día)

**22/04/24:**

Reducción de metilprednisolona a 2 mg/kg/día

**23/04/24:**

Reducción de dosis de aspirina hasta rango antiagregante (3-5 mg/kg/día)

**25/04/24:**

Inicio de pauta descendente de corticoides

**PONDREMOS CORTICOIDES  
PORQUE EL PACIENTE CUMPLE  
CRITERIOS DE ALTO RIESGO DE  
RESISTENCIA A IGIV:**

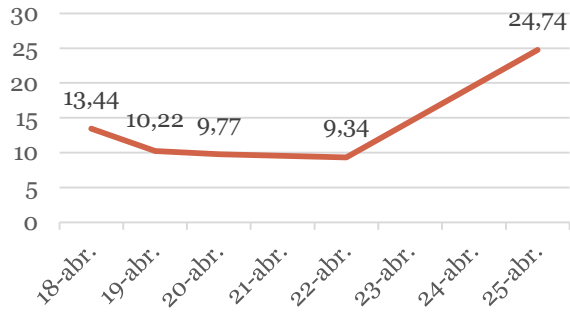
- Varón
- <12 meses
- PCR >100 mg/L
- Plaquetas <300.000/mm<sup>3</sup>
- Alanina aminotransferasa >100 UI/L
  - Neutrofilia >80%
  - Na <133 mmol/L



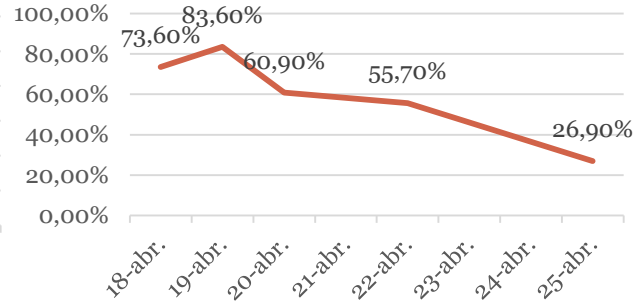
# EVOLUCIÓN

- **Clínicamente:** queda afebril las primeras 24h. Estable hemodinámicamente. Mejoría de signos y síntomas a lo largo del ingreso.
- **Analíticamente:** descenso de marcadores de inflamación.
- **Ecográficamente:** disminución del tamaño del aneurisma de la descendente anterior en el estudio del 26/04 con respecto al del 19/04.

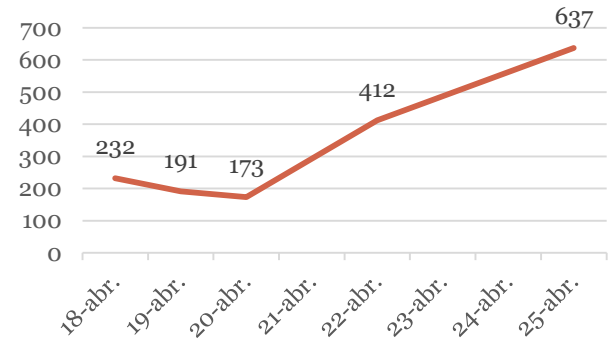
### Leucocitos



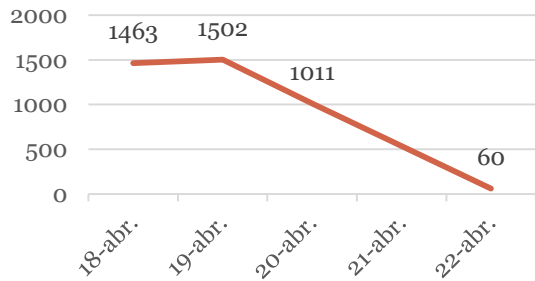
### Neutrófilos



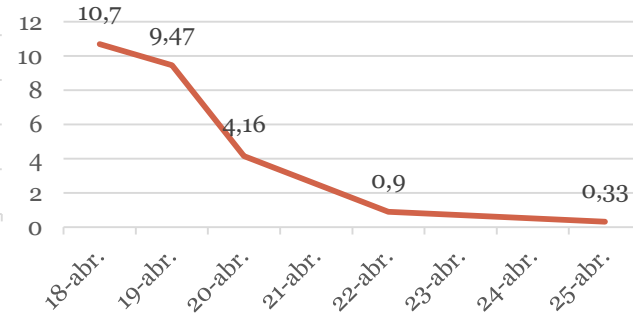
### Plaquetas



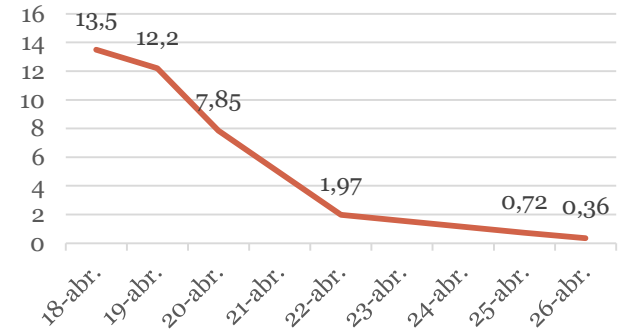
### Ferritina



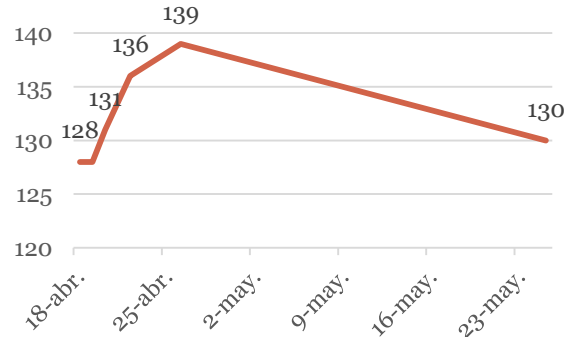
### PCT



### PCR



### Na



# **SIM-PedS:** síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a la infección por SARS-CoV-2 (activa o reciente) de expresividad variable.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (OMS):

Paciente <19 años con fiebre de >3 días y 2 de los siguientes criterios:

- Erupción cutánea/conjuntivitis/signos de inflamación mucocutánea
- Hipotensión o shock
- Anomalías cardíacas
- Evidencia de coagulopatía
- Síntomas gastrointestinales

Y: elevación de marcadores de inflamación, ninguna otra causa microbiológica evidente, evidencia de COVID-19 o contacto probable.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Sepsis bacteriana
- Infecciones víricas
- Abdomen agudo
- SST estafilocócico o estreptocócico
- Miocarditis por otro agente
- EK no relacionada con SARS-CoV-2
- Reacción de hipersensibilidad a fármacos
- Otras enfermedades reumatológicas sistémicas
- Linfohistiocitosis hemofagocítica

## Criterios diagnósticos para enfermedad de Kawasaki completa

Fiebre al menos durante 5 días y 4 de los 5 criterios clínicos principales. En presencia de  $\geq 4$  criterios clínicos principales, especialmente si eritema, edema o hinchazón de manos y pies, el diagnóstico se podrá hacer con 4 días de fiebre (en casos puntuales y por clínicos expertos incluso con 3 días de fiebre)

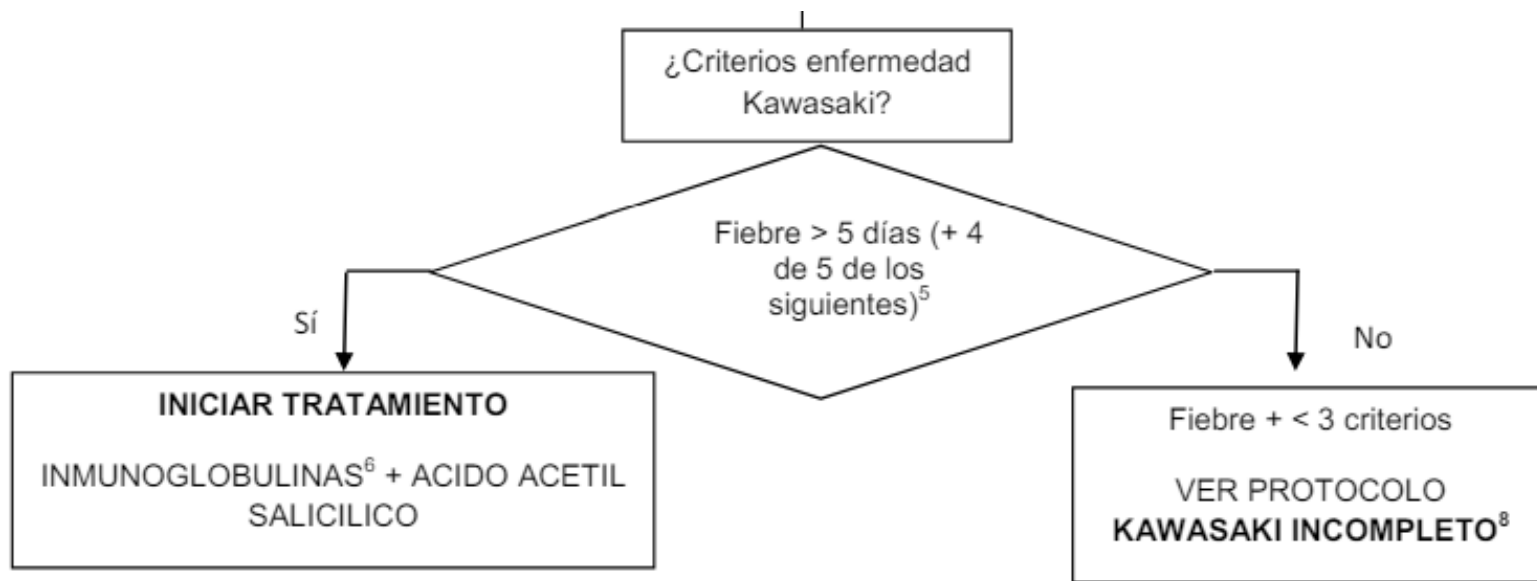
No todos los criterios tienen que estar presentes a la vez. Se pueden haber resuelto en el momento de la exploración

En caso de no cumplir los criterios clínicos de EK completa, la presencia de anomalías coronarias confirma el diagnóstico

Criterio principal	Descripción/nota
1. Alteraciones de labios y/o mucosa oral	Eritema, fisuras, sangrado en los labios; lengua aframbuesada con papilas prominentes; eritema de mucosa oral o faríngea sin exudados ni ulceraciones
2. Inyección conjuntival bulbar no supurativa	Típicamente deja libre el limbo corneal. Ocasionalmente puede aparecer hemorragia subconjuntival y queratitis punteada
3. Exantema maculopapular, eritrodermia difusa. Puede ser urticariforme o micropustuloso	Sin vesículas/bullas, petequias ni costras. Es característico que se acentúe en región perineal con descamación precoz
4. Eritema y edema de manos y pies en fase aguda y descamación periungueal en fase subaguda	A veces la induración es dolorosa. En 1-2 meses pueden aparecer líneas de Beau (ranuras transversales en la uña)
5. Linfadenopatía cervical $\geq 1,5$ cm de diámetro, generalmente unilateral	Puede asociar edema retro/parafaríngeo

Apoyan el diagnóstico, marcadores de inflamación elevados (PCR, VSG, PCT, leucocitosis con neutrofilia), hiponatremia e hipoalbuminemia, transaminasas elevadas y piuria estéril.

En la segunda semana desde el inicio de la fiebre es común la trombocitosis



- ✓ 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 10-12 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

Persiste fiebre tras 36 horas  
 Ver protocolo '**NO RESPUESTA**'<sup>7</sup>

[Enfermedad de Kawasaki]

3

# BIBLIOGRAFÍA

1. García-Salido, A., Antón, J., Martínez-Pajares, J. D., Giralt Garcia, G., Gómez Cortés, B., Tagarro, A., & Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). Retrieved April 29, 2024, from <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403320304197>
2. Barrios Tascón, A., Centeno Malfaz, F., Rojo Sombrero, H., Fernández-Cooke, E., Sánchez-Manubens, J., & Pérez-Lescure Picarzo, J. (n.d.). Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. Retrieved April 30, 2024, from <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403318301516>
3. Vergara, A. B., Reolid Pérez, M., Márquez De Prado, M. & Alcalá Minagorre, P. J. Enfermedad de Kawasaki, Módulo Hospitalización Pediatría.

