

Enfermedad de Kawasaki, ¿o no?



Sergio Romero Peris (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. M^a Carmen Vicent (Lactantes)

Motivo de Consulta

Lactante varón de 16 meses acude a urgencias por fiebre y cuadro catarral de una semana de evolución



Anamnesis

Empeoramiento de la fiebre en las últimas 24 horas, nauseoso y dos vómitos aislados

Exploración física

T^a 40 °C, FC 135 lpm, FR 45 rpm

Exantema máculo-papular generalizado

Adenopatía laterocervical izquierda

Labios fisurados con lengua de aspecto aframbuesado

Hiperemia conjuntival sin secreciones

Pruebas Complementarias



AS ingreso: PCR 5,16 mg/dL, Leucocitos 26.000, Neutrófilos 46%, Plaquetas 419.000, Hematocrito 34,6%

Urocultivo: Negativo



Serología: Negativa






Hemocultivo: Negativo

Aspirado nasofaríngeo: presencia de Adenovirus y Rinovirus

Ingreso en la unidad de Lactantes

Diagnóstico: Enfermedad de Kawasaki

Presencia de fiebre > 5 días y 4 de los siguientes criterios:

- Inyección conjuntival bilateral 
- Alteraciones de las mucosas orales/faríngeas 
- Edema, eritema y/o descamación en extremidades 
- Exantema polimorfo 
- Linfadenopatía cervical >1,5cm 

CRITERIOS DE ALTO RIESGO

Edad <12 meses
Hematocrito <35% o con disminución progresiva desde el diagnóstico
Plaquetas <300 000/mm³
Na <133 mmol/l
AST >100 UI/l
PCR >200 mg/l
Albumina <35 g/l
Neutrófilos >80%
Administración de IGIV después del 10.º día de fiebre
Presencia de afectación coronaria al diagnóstico (dilatación o aneurisma, no hiperrefringencia)
Enfermedad de Kawasaki recurrente
Shock o presencia de síndrome de activación macrofágica

Tratamiento

1º día de ingreso inmunoglobulinas IV y AAs 80 mg/kg/día

Ante persistencia fiebre más de 36h:

3º día se administra 2ª dosis de Inmunoglobulinas y corticoterapia con metilprednisolona IV a 30 mg/kg/día el 3º y 4º día

Tratamiento según protocolo HGUA



Evolución

4º día de ingreso desaparece la fiebre, se realiza ecocardiograma que resulta normal

5º día se descende corticoterapia a prednisolona 2 mg/kg/día

6º día se descende AAS a dosis antiagregantes

7º día se decide alta ante mejoría clínica, ausencia de signos analíticos de alarma y ausencia de fiebre >48h

Tratamiento al alta

Omeprazol (4 mg/ml) 3 ml/24h

AAS 50 mg/24h

Prednisolona (7 mg/ml) en pauta descendente:

-3,5 ml durante 72h

-2,5 ml durante 48h

-1,8 ml durante 48h

-1 ml durante 48h y suspender

Enfermedad de Kawasaki

La Enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda y autolimitada, pero con complicaciones potencialmente peligrosas, sobre todo a nivel cardíaco
Afecta principalmente a lactantes y niños pequeños
Puede aparecer en forma de Kawasaki incompleta

Entre el diagnóstico diferencial encontramos:

- Infección por virus (adenovirus en este caso)
- Enfermedades mediadas por toxinas
- Reacciones inmunitarias (SSJ, NET)
- Enfermedades reumatológicas (Artritis idiopática juvenil)

Bibliografía

1. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki [en línea]. 2020. [consultado 07-02-2025] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf
2. Bailén Vergara A., Reolid Pérez M., Márquez de Prado M., Alcalá Minagorre P. Protocolo Enfermedad De Kawasaki [en línea]. 2017. [consultado 08-02-2025] Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-ENFERMEDAD-DE-KAWASAKI.-SP-HGUA-2017..pdf>
3. Kuo H-C. Diagnosis, progress, and treatment update of Kawasaki disease. Int J Mol Sci [en línea]. 2023;24(18). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms241813948>