

Fiebre y exantema en el niño mayor

A.I. Jiménez Moya, H. González García, O. Pierna Zurdo, G. Moussalem Dimian, J.L. Hernanz Sanz y A. Villar Villanueva

Sección de Pediatría. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.

(An Esp Pediatr 2002; 56: 479-480)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 12 años y 3 meses que acudió al servicio de urgencias del hospital por presentar fiebre, cefalea nucal y exantema generalizado de 5 días de evolución, con afectación del estado general. Visto en su centro de salud 72 h antes del ingreso por fiebre, exantema y adenopatía laterocervical izquierda, siendo diagnosticado de viriasis y dado de alta con paracetamol oral como tratamiento.

Los antecedentes familiares y personales carecían de interés para el proceso actual.

En la exploración física realizada se observó un aceptable estado general, somatometría y constantes vitales normales. Presentaba exantema morbiliforme generalizado (fig. 1), que no respetaba palmas ni plantas. No se palpaban adenopatías cervicales ni en otras localizaciones. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no doloroso, sin alteraciones. Edema de palmas y plantas de pies, con aspecto eritematoso y sensación de "acorchamiento" de éstas. No signos inflamatorios articulares. Neurológico normal, sin signos meníngeos. Lengua depapilada, aframbuesada, con eritema orofaríngeo difuso, labios secos y fisurados (fig. 2). Inyección conjuntival bilateral sin secreción purulenta ni fotofobia (fig. 3).

Exámenes complementarios realizados al ingreso:

Hemograma: 4.220 leucocitos/ μ l (30,6% linfocitos, 10,9% mononucleares, 43,6% neutrófilos), hemoglobina: 11,9 g/dl; hematócrito: 34%; plaquetas, 235.000/ μ l.

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 21 mm/h. proteína C reactiva (PCR): 10,29 mg/dl.

Bioquímica, iones y radiografía simple de tórax: normales.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?
2. ¿Qué exploraciones complementarias ayudarían a completar el estudio?
3. ¿Qué tratamiento instauraría?
4. ¿Qué controles evolutivos establecería?

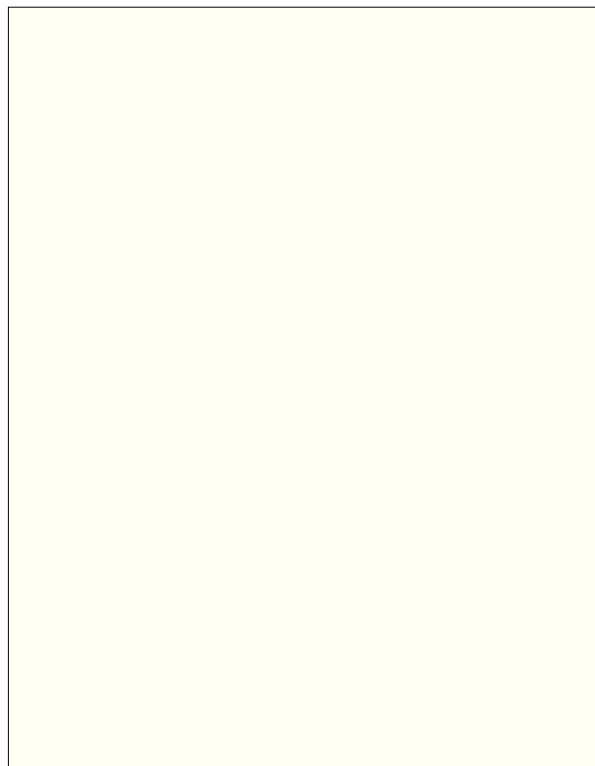


Figura 1. Exantema morbiliforme en tronco.



Figura 2. Labios secos y fisurados.



Figura 3. Inyección conjuntival sin secreción purulenta.

Correspondencia: Dra. A.I. Jiménez Moya.
Pl. de Echegaray, 4, 1º dcha. 40200 Cuéllar. Segovia.
Correo electrónico: ajimenez5@airtel.net

Recibido en noviembre de 2001.

Aceptado para su publicación en noviembre de 2001.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

La enfermedad de Kawasaki o síndrome mucocutáneo ganglionar es una arteritis sistémica de origen desconocido. Actualmente no existe ningún marcador biológico que permita establecer un diagnóstico seguro; éste se realiza en función de una serie de signos y síntomas agrupados según unos criterios clínicos¹⁻⁵.

Deben presentarse 5 de los 6 síntomas mayores siguientes para establecerse el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki:

1. Fiebre.
2. Inyección conjuntival bilateral, no purulenta.
3. Al menos uno de estos cambios bucales:
 - a) Labios resecos, agrietados, rojos.
 - b) Lengua depapilada.
 - c) Eritema orofaríngeo intenso.
4. Al menos uno de los siguientes cambios en extremidades:
 - a) Enrojecimiento de palmas y plantas.
 - b) Edema indurado de manos y pies.
 - c) Descamación subungueal en dedo de guante.
5. Exantema polimorfo de predominio en tronco
6. Linfadenopatía cervical de al menos 1,5 cm de diámetro.

Síntomas menores o acompañantes, que no son necesarios para establecer el diagnóstico, aunque sí resultan útiles: disuria con piuria, dolor abdominal con o sin *hydrops* biliar, diarrea, ictericia por hiperbilirrubinemia obstructiva, meningitis linfocitaria, alteraciones neurosensoriales y cardiocirculatorias, debiéndose explorar detenidamente el trayecto arterial para detectar aneurismas periféricos.

Las exploraciones complementarias que deben incluirse, son:

1. Hemograma y fórmula.
2. Reactantes de fase aguda: VSG, PCR.
3. Bioquímica sanguínea.
4. Hemocultivo.
5. Sistemático de orina y urocultivo.
6. Frotis nasofaríngeo y de cualquier lesión cutánea con aspecto de estar infectada.
7. Serología de virus de Epstein-Barr y citomegalovirus, rickettsias.
8. Radiografía de tórax.
9. Electrocardiograma.
10. Ecocardiograma.

En la fase aguda de la enfermedad de Kawasaki existe moderada leucocitosis con neutrofilia y aumento de los

reactantes de fase aguda; el recuento plaquetario es normal y puede existir una discreta anemia normocrómica. En la fase afebril convaleciente los reactantes se normalizan, elevándose en ese momento las plaquetas, pudiendo llegar a trombocitosis de 1 millón de plaquetas/dl y permanecer en estas cifras durante varias semanas.

Las complicaciones más frecuentes y graves se relacionan con la afectación coronaria^{1-3,5}, presentándose en el 25% de los casos no tratados. Puede ocurrir desde miocarditis, arritmias, pericarditis, pequeños aumentos del diámetro de alguna arteria coronaria, hasta intensas dilataciones saculares aneurismáticas (1% de los casos no tratados), con muy mal pronóstico. El infarto agudo de miocardio está íntimamente relacionado con este tipo de lesión. Por todo ello, debe realizarse un control ecocardiográfico mensual a todos los niños, al menos durante 6 meses. En caso de existir alteraciones, se siguen realizando controles periódicos hasta su normalización^{2,3,5}.

El tratamiento específico es gammaglobulina por vía intravenosa (2 g/kg de peso, en una sola dosis), acompañada de ácido acetilsalicílico (100 mg/kg/día cada/6 h), hasta las 48 h de apirexia; posteriormente 5 mg/kg/día cada/24 h hasta la normalización de las plaquetas, si no existen aneurismas, e indefinidamente en pacientes con aneurismas^{1,2}.

Los controles posteriores incluirán ecocardiograma y recuento plaquetario mensuales hasta su normalización. Se valorará realizar una prueba de esfuerzo a los 5 años de la enfermedad, así como una angiografía.

La peculiaridad del caso que presentamos es la edad del paciente (12 años), ya que lo habitual es que se presente en menores de 5 años. En la bibliografía revisada, la serie de casos más extensa revisa 133 niños con enfermedad de Kawasaki, de los cuales tan sólo 10 tenían 9 años o más¹. La probabilidad de padecer una complicación grave está relacionada con la demora a la hora de instaurar el tratamiento, pero no con la edad del niño cuando se manifiesta la enfermedad^{2,3,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Momenah T, Sanatani S, Potts J, Sandor GG, Huan DG, Patterson MW. Kawasaki disease in the older child. *Pediatrics* 1998; 102: e7.
2. Castillo Martín F. Enfermedad de Kawasaki. En: Casado J, Serano A, eds. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid: Ergón, 2000; 421-426.
3. Madrigal Terrazas A, Sanchez Bayle M, Tamariz Martel A. Complications and course of Kawasaki disease in 23 patients. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 549-554.
4. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki syndrome. *Clin Microbiol Rev* 1998; 11: 405-414.
5. Yanagawa H, Tuohong Z, Oki I, Nakamura Y, Yashiro M, Ojima T et al. Effects of gamma-globulin on the cardiac sequelae of Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol* 1999; 20: 248-251.