

CUANDO OTRAS ENFERMEDADES SE DISFRAZAN DE KAWASAKI: A PROPOSITO DE UN CASO

Dres. Guillermo Kohn Loncarica, Luis Urrutia

Niño de 2 años previamente sano, consulta en el servicio de emergencia por presentar síndrome febril y descamación en ambas manos. Diez días previos a la consulta había presentado CVAS asociado a un rash que comprometía tronco y miembros superiores. Posteriormente el niño refiere fiebre durante 4 a 5 días indicándose antitérmicos reglados con posterior desaparición de la misma. Luego se agrega inyección conjuntival bilateral y descamación en ambas manos que inicia por los extremos distales de los dedos. Durante el transcurso de la enfermedad aparecen aislados registros febriles.

Al examen físico el paciente se encontraba en BEG, afebril (37,2), FC 110, FR 26 y presentaba como datos positivos: inyección conjuntival bilateral no secretora, lengua aframbuesada, labios eritematosos, pequeña adenomegalia laterocervical derecha y descamación en ambas manos que se extendía hasta los pliegues palmares. El resto de examen era normal. Figura 1



Figura 1: Descamación en ambas manos.

Ante la sospecha clínica de enfermedad de Kawasaki (EK) se realizan los siguientes estudios complementarios:

Hemograma: Leucocitos 7100 (41% neutrófilos, 51% linfocitos, 6% monocitos), Hb 11,9 g/dl, plaquetas 257.000

Eritrosedimentación: 47 mm/h

Urea, creatinina, fosfatemia, hepatograma, calcemia, magnesio, ionograma, EAB, coagulograma, serologías para Hepatitis A, B y C, HIV, E. Barr, CMV negativas, proteinograma, orina completa: dentro de límites normales.

RX torax: Normal

Viroológico de SNF: Negativo

Ecocardiograma: Normal

Se interna al niño para valorar evolución clínica y eventual pasaje de gammaglobulina.

Durante la internación se recibe cultivo de fauces POSITIVO para Streptococo Beta hemolítico no A, indicándose tratamiento con penicilina por vía oral, con buena respuesta clínica y desaparición de la fiebre.

A los 5 días del ingreso se otorga el alta con diagnóstico de ESTREPTODERMIA.

COMENTARIO

El diagnóstico de enfermedad de Kawasaki debe sospecharse en todo niño, independiente de su edad, con fiebre persistente, algunos signos de inflamación cutánea y elevación de reactivantes de fase aguda. Se trata de una vasculitis de causa desconocida que sin tratamiento con gammaglobulina endovenosa a altas dosis, de-

sarrollan dilatación arterial coronaria o aneurismas entre un 20 al 30% de los pacientes.

La enfermedad debe ser considerada ante un niño que presenta 5 o más días de fiebre más 4 criterios clásicos (ver criterios) y no puede ser explicada por otra etiología conocida. Se ha propuesto el diagnóstico de "Kawasaki atípico, incompleto o frustrado" para aquellos pacientes, en general lactantes menores de 6 meses, en quienes faltan o son sutiles los signos clásicos de la enfermedad, constituyendo un desafío diagnóstico debido a que se trata de la población etaria con mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria.

El paciente presentaba una historia sugestiva de EK (si bien no reunía todos los criterios) sin embargo, algunos aspectos vinculados con la secuencia de los síntomas, las características clínicas y el comportamiento de los reactantes de fase aguda no eran compatibles con tal enfermedad.

Considerando que el cuadro llevaba 10 días de evolución, la fiebre inicial había desaparecido entre el 4to y 5to día o había respondido a los antitérmicos, situación infrecuente en la EK donde la fiebre suele ser rebelde a los mismos y al uso de ATB. Por otra parte resultaba llamativo que la descamación de ambas manos se hubiera producido tan precozmente ya que suele ser fenómeno tardío, generalmente observado entre la segunda y tercer semana de evolución.

Además con la fase aguda de una EK se observa elevación de los reactantes de fase aguda y el recuento plaquetario, debería estar aumentado o en ascenso al décimo día de enfermedad.

Por último, el hallazgo de un cultivo de fauces positivo para streptococo, germen productor de un síndrome clínico considerado como uno de los principales diagnósticos diferenciales de EK hizo descartar el diagnóstico.

Criterios clínicos de EK

- 1) Fiebre alta y persistente, no explicable por otras causas, por lo menos de 5 días de evolución.
- 2) Por lo menos 4 de los 5 criterios siguientes:
 - a) Inyección conjuntival indolora, bilateral, no exudativa.
 - b) Alteraciones de la mucosa oral tales como queilitis y lengua aframbuesada.
 - c) Exantema de aspecto polimorfo que involucra tronco.
 - d) Eritema y edema de manos y pies, descamación periungueal.
 - e) Linfadenopatía cervical aguda no supurativa (1,5 cm)
- 3) Exclusión de enfermedades de presentación similar.

Diagnosticos diferenciales de enfermedad de Kawasaki

A) Enfermedades infecciosas

Escarlatina
Síndrome de piel escaldada por estafilococo
Infección por micoplasma
Infección por adenovirus
Infección por epstein-barr
Infección por influenza
Infección por parvovirus b19
Leptospirosis
Sarampion
Síndrome de shock toxico

B) Enfermedades no infecciosas

Artritis reumatoidea
Poliarteritis
Síndrome de steven johnson
Acrodinia
Toxidermias
Necrólisis epidermotóxica de Lyell

Enfermedades que pueden presentar descamación en manos

1. Infecciones

Escarlatina
Síndrome de shock tóxico
Síndrome de Piel escaldada
Sífilis congénita
Enfermedad por micoplasma
Tinea Mannum (trichophyton rubrum)
Pitiriasis rubra pilaris

2. Síndrome de Steven Johnson

3. Farmacodermias

4. Ictiosis

Enfermedad de Conrad (condrodisplasia puntacta). Eritrodermia ictiosiforme ampollosa congenita.

LECTURA RECOMENDADA

- Bury B, Hufton A, Adams J. Radiation and women of child bearing potential. *BMJ (Clinical research ed)* 1995; 310 (6986): 1022-1023.
- Dilek I, Topcu N, Demir C, et al. Hematological malignancy and pregnancy: a single-institution experience of 21 cases. *Clinical and laboratory haematology* 2006;28(3):170-176.
- Kal HB, Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *The Lancet Oncology* 2005;6(5):328-333.
- R. Bernztein, G. Roccatagliata, L. Urrutia, R. Russo. Haga su Diagnóstico. *Enfermedad de Kawasaki*. 1999; XI(4):296-298.
- R. Bernztein, G. Roccatagliata, L. Urrutia, D. Michelli. Aneurismas Aórticas Abdominales en la Enfermedad de Kawasaki. 1995; 2(4): 254-256.